

Consentimiento informado para  
**PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN CITOLÓGICA DE MAMA**

Mi médico/a tratante, el Dr/a ..... me ha solicitado o ha estado de acuerdo en que me realice una punción citológica bajo guía imagenológica (mamografía o ultrasonido) para poder seguir adelante con el cuidado de mi salud, es decir, para evacuar un quiste (un nódulo que contiene líquido) o tomar material celular de un nódulo sólido. Entonces en Diagnóstico Tesla proceden a entregarme el presente consentimiento que me informa en que consiste el procedimiento que me fue indicado, y cuales son las posibles complicaciones:

### **PROCEDIMIENTO**

Consiste en introducir una aguja en la mama, si el nódulo es quístico se intentará evacuar (sacar el líquido) y si es sólido se extraerá material celular, en ambos casos se mandará la muestra para su estudio citológico. Es un procedimiento muy rápido y generalmente poco doloroso, que habitualmente se realiza con anestesia local. La técnica que van a utilizar para su diagnóstico está aprobada en los EE.UU por la FDA (Food and Drug Administration) y en la Argentina por ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos) y se realiza cada vez más en todo el mundo. Se advierte que en el caso de ser portadora de prótesis mamarias, existe el peligro de que la misma se perfora, sin embargo se tomarán todas las precauciones posibles para disminuir este riesgo.

### **COMPLICACIONES**

La mayoría de los pacientes no experimentan ninguna molestia, pero puede ocurrir que si las tenga. Algunas pueden presentar mayor dolor, o puede aparecer un hematoma, que generalmente desaparece por si solo, para estos casos es conveniente la aplicación de hielo local. Es poco probable que tenga una infección ya que el material utilizado es descartable, pero en el caso de que ocurra, la misma tarda un tiempo en recuperarse y deberá tomar antibioticos.

### **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**

- Alergias a medicamentos
- Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante ( Acenocumarol) o antiagregante (Ácido Acetilsalicílico, Clopidogrel), ya que puede ser necesario suspenderlo antes
- Referirnos sobre otros antecedentes de enfermedades pasadas o recientes de interés
- Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio

### **CONSENTIMIENTO**

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quien evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición.

También se me aclaró que puedo revocar este consentimiento y solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en técnica-mente ello sea posible. Para el caso de que llos ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi

médico tratante. Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar en consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones.

El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L y será guardado y resguardado por éste, durante un plazo de ley, quien así se constituye en su depositario.

Yo, ..... PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada un **PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN CITOLÓGICA DE MAMA**. (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. .... . Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, ..... de ..... de .....

**Testigo**

**Paciente**

\_\_\_\_\_

D.N.I

Firma

D.N.I

Firma

**Representante legal**

**Médico**

\_\_\_\_\_

D.N.I

Firma

Nº Matrícula

Firma

CONSENTIMIENTO