

Consentimiento informado para
**DIAGNÓSTICO DE BIOPSIAS MAMARIAS
CON SISTEMA DE VACIO (SUROS)**

Mi médico/a tratante, el Dr/a me ha solicitado o ha estado de acuerdo en que me realice una biopsia histológica con sistema de vacío bajo guía de las imágenes, para poder seguir adelante con el cuidado de mi salud. 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 tratar de localizar la imagen descripta en los estudios realizados previamente. Para ello se utiliza una guía estereotáxica (rayos x) o ecográfica (ultrasonido), según lo que el médico imagenólogo de Diagnóstico Tesla considere más conveniente de acuerdo al tipo de lesión; y lo hará para llegar hasta lo que se presume es la lesión, con una aguja, y obtener de ella muestras de tejido histológico, es decir, pequeños fragmentos de tejido mamario.

La aguja se introduce una vez en la mama, por una microincisión (previa anestesia local para disminuir el dolor), con el fin de obtener muestras que permitan llegar a un diagnóstico anatomopatológico de lo que se presume es una lesión.

Es un procedimiento con un objetivo inicialmente diagnóstico y no terapéutico y dependiendo del resultado, quedará a criterio de mi médico tratante el tratamiento definitivo.

En el caso de que la lesión se extrajera por completo, el médico actuante puede colocar un clip en el sitio de la biopsia, que sirve como guía para posibles procedimientos futuros.

Se me informará de dicho procedimiento antes de realizar el mismo. La presencia de ese clip no impide que realice otros estudios incluida las RMN. Sólo puede ser extraído por un médico durante un procedimiento quirúrgico

Después del procedimiento se recomienda aplicar hielo local por 24 horas y tomar analgésicos si fueran necesarios.

Un antiséptico con gasa se deja en el lugar de la incisión, o una membrana especial que deberá permanecer por 7 días.

La técnica que vamos a utilizar para su diagnóstico esta aprobada en los EE.UU. por la FDA (Food and Drug Administration) y en la Argentina por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos).

Se advierte que en el caso de ser portadora de prótesis mamaria, existe el peligro de que la misma se perfora, sin embargo se tomarán todas las precauciones posibles para disminuir al mínimo este riesgo.

COMPLICACIONES

La mayoría de las paciente no experimentan ninguna molestia, pero puede ocurrir que si las tenga. Algunas pueden presentar mayor dolor, puede aparecer un hematoma (lo cual habitualmente ocurre), que generalmente desaparece por si solo en el término de unas semanas, aunque también existe la posibilidad que para solucionarlo haya que hacer un pequeño drenaje quirúrgico (lo cual es sumamente infrecuente). También puede tener algún dolor en la zona de la punción o en toda la mama. Este dolor es a veces de origen muscular y el mismo se controla en general con analgésicos. Es poco probable que tenga una infección ya que el material utilizado

Continúa

es descartable, pero puede ocurrir, y la misma tarda un tiempo en recuperarse.

RIESGOS

Además de las complicaciones propias de la práctica, se explica que también existen algunos riesgos, como por ejemplo:

Podría ocurrir que con la aguja no se llegue con certeza a la lesión, porque a veces es muy difícil de ver o llegar al destino. En este caso el material obtenido de la lesión no sería suficientemente representativo; este diagnóstico es denominado “falso negativo”, que si bien es sumamente infrecuente, puede suceder. También podría ocurrir que el material extraído no fuera concluyente para el diagnóstico, es decir que no se podría diagnosticar, con lo cual habría que volver a repetir la práctica o hacer una cirugía.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

- Alergias a medicamentos
- Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anti-coagulante (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 que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello 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 el 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 el plazo de ley, quien así se constituye en su depositario.

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **BIOPSIA MAMARIA CON SISTEMA DE VACIO (SUROS)**. (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

CONSENTIMIENTO

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