

Consentimiento informado de explantación de prótesis mamarias

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

¿Qué le vamos hacer?

1. Descripción del procedimiento

En qué consiste: Retirar la prótesis mamaria.

Cómo se realiza: Con anestesia local o general, se explanta la prótesis mamaria.

Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo más invisibles que sea posible o en la zona de exposición protésica.

Cuánto dura: De 1 a 2 horas.

2- Qué objetivos persigue: Retirar la prótesis infectada para evitar diseminación.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

Frecuentes y poco graves:

- Reacciones alérgicas locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos.
- Cambios en la sensibilidad de la piel y el pezón.
- Cicatrización excesiva.
- Arrugas y pliegues en la piel.
- Grave ptosis mamaria.

Poco frecuentes y graves:

- Reacciones sistémicas frente a la medicación usada durante o después de la cirugía.
- Hemorragia.
- Infección.
- Calcificaciones: pueden ocasionar dolor o aumento de la consistencia.

Cabe la posibilidad de que aparezca asimetría, alteraciones de forma o tamaño de las mamas. Puede darse desplazamiento insatisfactorio o mala calidad de las cicatrices. Podría necesitarse realizar cirugía adicional para mejorar estos resultados.

2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece presentar otras complicaciones.....

Declaraciones y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____