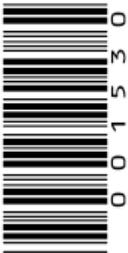


FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO		SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) LA CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA	
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p> <p>(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.</p>		
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:	
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:		
<p>La cirugía conservadora de la mama, es un tipo de tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, que consiste en la extirpación del tumor y del tejido de la mama que lo rodea que está libre de tumor, respetando el resto de la mama. Sirve para obtener el mejor resultado estético posible, manteniendo unos resultados similares a los obtenidos con tratamientos quirúrgicos más agresivos.</p> <p>En su caso la técnica propuesta es:</p>		
CÓMO SE REALIZA:		
<p>La intervención precisa anestesia general, que será valorada previamente a la intervención por el Servicio de Anestesia el cual le informará de los riesgos de ésta.</p> <p>Existen varios procedimientos quirúrgicos en función de cada situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TUMORECTOMIA AMPLIADA: Resección amplia de la tumoración, que incluye tejido peritumoral sano, conservando la piel por encima del tumor. - RESECCIÓN SEGMENTARIA: Exéresis de un segmento de tejido mamario, con la piel que lo cubre y la fascia pectoral subyacente. - CUADRANTECTOMIA O MASTECTOMIA PARCIAL: Extirpación de un cuadrante de la mama con o sin una elipse de piel que lo cubre y la fascia pectoral subyacente. <p>Puede asociarse en algunos casos la realización de la técnica del ganglio centinela y/o linfadenectomía axilar, que consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos axilares.</p>		
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:		



Podrá alterarse la anatomía de la zona, con la consiguiente afectación de la estética y de la percepción de su imagen corporal, lo cual a veces ocasiona ciertos trastornos de adaptación que podrán requerir asistencia especializada.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

- Conseguir un tratamiento local efectivo de la tumoración, aunque generalmente es necesario realizar un tratamiento complementario con radioterapia sobre la mama restante.
- Alcanzar igual supervivencia global e intervalo libre de enfermedad que con el tratamiento radical de la mama (extirpación completa de la mama).
- Lograr un resultado estético al menos aceptable sin olvidar realizar un tratamiento oncológico correcto, consiguiendo el máximo control local de la enfermedad.
- Obtener la máxima información oncológica, igual que en el tratamiento radical.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

- Mastectomía (extirpación de toda la mama).
- En caso de no aceptar la opción quirúrgica se pueden valorar otros tratamientos paliativos como quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o una combinación de éstas, comprendiendo usted que afectan al pronóstico general de su enfermedad.

En su caso:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
<p>QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LOS MÁS FRECUENTES: En general son poco graves y suelen consistir en: <ul style="list-style-type: none"> - Infección, seroma, sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica. - Flebitis, edema transitorio del brazo. - Molestias o dolor en la zona de la operación, así como en el brazo, de manera transitoria. • LOS MÁS GRAVES: Suelen ser poco frecuentes y suelen consistir en: <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación grave de los linfáticos del brazo. - Dificultad para la movilización del hombro y brazo por lesión de nervios de la zona. - Hemorragia importante, tanto intra como post-operatoria, que precise transfusión sanguínea. <p>Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (utilizando medicamentos, sueros, fisioterapia, transfusión, etc.). Pero a veces, pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Existen situaciones en las que esta intervención se encuentra contraindicada, principalmente en caso de tumores grandes, presencia de varios tumores en la mama, embarazo en los dos primeros trimestres o radioterapia previa.</p> <p>Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.</p>	
<p>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</p>	

001530

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS	
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

CENTRO SANITARIO		SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO	
2.1	DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA

2.3	CONSENTIMIENTO
<p>Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>EL/LA PACIENTE _____ EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p>	

001530

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
-------------------------	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN	
Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	
Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

001530