

# CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA DE MAMA Y/O AXILA

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Se le va a realizar una biopsia de mama es una técnica percutánea en la que se obtiene material (tejido) de la lesión o zona que se quiere estudiar. La prueba se realiza con anestesia local. Una vez anestesiada la zona se pueden realizar 2 tipos de biopsia:

- **BAG** (Biopsia con aguja gruesa): Utiliza agujas de calibre 14G y realiza cortes sobre la lesión a estudiar, obteniendo tejido de la misma.
- **BAV** (Biopsia asistida por vacío): Es igual que la BAG pero utiliza agujas de mayor calibre (10 ó 7G) y además de realizar cortes produce un vacío o efecto de succión que permite obtener mayor cantidad de tejido. Con esta técnica se puede lograr en determinados casos extirpar la lesión completamente sin necesidad de cirugía ni de pasar por un quirófano.
- **PAAF** (Punción aspiración con aguja fina): Toma de muestra de tejido mamario o axilar o punción de quiste.

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El material que se obtiene por este método permite hacer un diagnóstico exacto de su patología.

## DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS SECUNDARIOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO.

Las complicaciones de estas técnicas son muy poco frecuentes, la complicación más frecuente es el sangrado en el área de la punción. Dado que la mama es un órgano superficial este sangrado suele tener escasa repercusión.

Si usted tiene algún problema en la coagulación de la sangre, o está tomando anticoagulantes (sintron, clopidogrel, aspirina, heparina) deberá comunicarlo antes de iniciar la prueba.

La infección es muy rara ya que se utiliza la máxima asepsia y todo el material es estéril.

En las lesiones situadas en profundidad se puede producir un neumotórax, la entrada de aire en pleura. Es una complicación excepcional. El neumotórax suele ser de pequeño tamaño y se resuelve espontáneamente.

En nuestra clínica contamos con el personal y medios técnicos necesarios para ofrecerle una asistencia urgente.

## DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PERSONALIZADOS.

En algunos pacientes (pacientes en ayunas, con ansiedad, hipotensos etc..) puede producirse una reacción vagal, con sudoración, taquicardia, y sensación de pérdida de conocimiento. Casi siempre se solucionan con tratamiento postural, no precisando tratamiento medicamentoso.

De acuerdo el cuestionario de seguridad y datos sanitarios que nos ha facilitado, los riesgos adicionales que usted asumiría al consentir esta prueba serían: \_\_\_\_\_

**Cree usted que en su caso existen otros posibles riesgos que debemos conocer:** \_\_\_\_\_

## POSIBLES PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS.

Para obtener un diagnóstico exacto de su enfermedad, la alternativa sería obtener una muestra mediante intervención quirúrgica. En su caso particular, se ha considerado que ésta es la prueba diagnóstica más adecuada.

Si después de leer detenidamente este informe desea más información o necesita alguna aclaración, por favor no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. La firma de este consentimiento no cierra por nuestra parte la obligación de informarle durante todo el proceso asistencial, de modo que **usted puede mantener o retirar su consentimiento en cualquier momento.**

**Declaro, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,** que he sido informado de forma comprensible sobre la utilidad, naturaleza y riesgos de los procedimientos mencionados. Quedo satisfecho con la información recibida, con mayor motivo tras haber podido formular las preguntas que he creído convenientes y recibido la información suficiente a todas mis dudas. Se me proporcionará además una copia de este documento si así lo deseo. En consecuencia, **doy mi consentimiento para su realización y acepto los riesgos inherentes al procedimiento que me van a efectuar.** Si surgiera alguna situación imprevisible urgente que requiriese algún procedimiento distinto al que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

En caso de que se produzca pinchazo accidental para un profesional del Centro durante el procedimiento, autorizó la extracción de una muestra sanguínea para la determinación de serología del virus de la Hepatitis B, virus de la Hepatitis C y VIH. Los resultados se tratarán con los criterios de confidencialidad de la relación médico-paciente.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

(Nombre y apellidos del médico y N° Colegiado)

(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

(\*) Representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ como paciente (o representante del paciente  
D / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ ), manifiesto de forma libre y consciente mi  
**DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para \_\_\_\_\_ ,  
haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del médico y N<sup>o</sup> Colegiado)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
**Retiro la autorización para la realización del procedimiento indicado**, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (\*)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del médico y N<sup>o</sup> Colegiado)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

*En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.*

*Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web [www.resona.es](http://www.resona.es)*