

Consentimiento Informado MARCACIÓN MAMARIA PRE QUIRÚRGICA

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La punción percutánea, bajo guía por imágenes con aguja de marcación se realiza para marcar lesiones mamarias que no son palpables para poder extraerlas en la cirugía minimizando la duración del procedimiento y aumentando la frecuencia de éxito al resecar todas las lesiones y evitando actos fallidos donde no se logra extraer la lesión a biopsiar.

Características

El procedimiento se realiza en una sala de ecografía, resonancia magnética o de mamografía según el tipo de lesión existente, sala que se encuentra habilitada para la marcación mamaria. Inicialmente el médico radiólogo evalúa sus exámenes previos, explora sus mamas con ecografía, mamografía o RM, para corroborar la presencia, tamaño y ubicación del nódulo o zona a marcar. Luego se limpia la piel con clorhexidina, se inyecta anestesia local y se procede a insertar aguja guía en la lesión a biopsiar, lo que se realiza bajo visión por los métodos de imágenes mencionados.

Una vez alcanzada la lesión a resecar, se introduce marca metálica a través de la aguja guía. Se retira la aguja guía y se deja la aguja de marcación en posición.

Riesgos

Las complicaciones son escasas, no mayores al 1 %, entre ellas se describen reacciones vasovagales, síncope, hemorragia, hematoma, infección local, reacción alérgica a la anestesia y/o al yodo, torsión y migración de la guía y, eventualmente, punción de órganos torácicos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **MARCACIÓN MAMARIA PRE QUIRÚRGICA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal