CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA CON AGUJA GRUESA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento se toma una muestra de una lesión mamaria que se ha confirmado en estudios que le han realizado con anterioridad, pinchando con una aguja a través de la piel en el interior de su mama.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Sirve para determinar la naturaleza de diversas lesiones o enfermedades de la mama, especialmente para diferenciar las lesiones benignas de las malignas, que junto con otras pruebas, ayudarán al diagnóstico definitivo o aproximativo. Esto permitirá a su médico indicarle el tratamiento más adecuado. El procedimiento pretende obtener un diagnóstico correcto para realizar el tratamiento más adecuado.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables. Los principales se detallan a continuación:

Frecuentes:

- Molestias leves en la zona de punción de breve duración (media de 24 horas).
- Hematoma en la zona de punción sin consecuencias relevantes.

Infrecuentes.

- Infección en la zona de punción.
- Punción de la pleura (capa que rodea el pulmón) provocando un neumotórax.
- Reacción alérgica aguda severa al anestésico local.

RIESGOS POCO FRECUENTES

Es necesario advertir por parte del paciente de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

NOTA ADICIONAL

El facultativo que le atiende le permitirá realizar todas las observaciones y le aclarará todas las dudas que le plantee informándole con un lenguaje claro y sencillo.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA BIOPSIA SI NO

PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL
Nombre:
DNI:
Firma:

MEDICO RESPONSABLE
Nombre:
Nº Colegiado:
Firma: