

CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTES MAMARIOS

Art. 19 Inc. 3* Ley 17.132- DISPOSICION 1246/95 A.N.M.A.T.

..... de 20....

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO:

TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1. Por medio de la presente autorizo al Dr. Andrés Castro y/o a los profesionales que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médicos o quirúrgicos en mi persona:

.....
.....

2. He sido ampliamente informado acerca de la naturaleza y objetivos de la intervención/procedimiento que se llevará a cabo en mi persona, sus riesgos, beneficios y las alternativas u opciones posibles para lograr la finalidad buscada. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto de los resultados que se esperan de la operación o procedimiento.

3. Se me ha explicado especialmente que:

- En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, a pesar de tomarse todos los recaudos necesarios para que ésta se note lo menos posible.
- Las complicaciones que pueden derivarse de intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica u otros procedimientos invasivos de la especialidad, son similares a las de cualquier tipo de intervención de esa naturaleza, y pueden ocurrir aunque se tomen todos los recaudos necesarios para evitarlas. Pueden consistir en inflamación, decoloración de la piel, hematomas, tejido cicatrizal anormal, infección, trastornos de la conducción nerviosa periférica, necrosis, alteraciones de la aréola o el pezón, así como
.....etc.
- Numerosa bibliografía informa que el hábito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados de operaciones de cirugía cosmética, pudiendo producir alteraciones de la normal cicatrización y de la vitalidad de los tejidos movilizados. Por lo expuesto, se me ha recomendado, para el caso de ser fumador/a, el no hacerlo durante un período previo y posterior a la fecha de operación.
- Sumados a los riesgos quirúrgicos generales, el implante de prótesis mamaria involucra ciertos riesgos que incluyen:

-Contracción de la cápsula: el tejido cicatrizal que se forma habitualmente alrededor del implante, puede apretarlo y comprimirlo. Esto causa endurecimiento, dolor, y en casos severos puede observarse alguna deformación externa.

-Interferencia con la mamografía standard: el implante puede interferir con la mamografía standard, por lo que se aconseja en todo procedimiento exploratorio de este tipo, informar al radiólogo de la existencia de implantes, para el empleo, en caso necesario, de técnicas radiológicas especiales.

-Arrugas y pliegues: la superficie del implante puede arrugarse y manifestarse cutáneamente. Los pliegues y arrugas grandes pueden irritar o dañar el tejido próximo. Este tipo de fallas pueden dar como resultado la disminución del volumen del implante o hacer recomendable el retiro del mismo.

-Remociones: los implantes pueden presentar algún problema que haga necesaria su remoción. La comprobación clínica o radiológica de una ruptura protésica, aconseja la remoción de la prótesis.

-Advertencia: se advierte que la formación de una cápsula alrededor de la prótesis mamaria es de características normales, y es debido a la resección de autodefensa del organismo; la misma es asintomática e indolora.

- Existen estudios científicos relativamente recientes, que asocian las inclusiones de siliconas y otras sustancias heterólogas en el organismo humano, con ciertas enfermedades inmunológicas o reumáticas (esclerodermia, artritis reumatoidea, lupus, etc). Criterio contrario es sostenido en otros trabajos científicos actualizados, de amplia difusión internacional. El Dr. Andrés Castro me ha informado sobre el tema, he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre este particular y las mismas me fueron respondidas claramente. En tal sentido manifiesto que además de los exámenes preoperatorios que me fueron requeridos, desconozco padecer o registrar antecedentes familiares de dichas enfermedades.

4. Entiendo que durante el curso de la operación/procedimiento, pueden presentarse condiciones imprevistas que requieran de procedimientos diferentes a los aquí referidos. Por ello, consiento expresamente la utilización de técnicas y la realización de procedimientos u operaciones adicionales que se juzguen necesarios.) Se incluyen estudios anatomopatológicos, radiográficos, transfusiones sanguíneas, etc.)

5. Asimismo, consiento la administración de las drogas anestésicas que se consideren necesarias, en el conocimiento que las mismas no están exentas de presentar ciertos riesgos que me han sido claramente explicados. En mi caso, la anestesia será administrada por el cirujano o por un especialista provisto por el Dr. Andrés Castro y será el Dr.

6. Autorizo que las curaciones post operatorias sean practicadas por el Dr. Andrés Castro, o por aquéllos que éste designe. Además me comprometo a cooperar con la administración de los cuidados necesarios hasta lograr el alta médica definitiva, y a informar al cirujano sobre cualquier cambio de domicilio en el período mencionado. Entiendo que deberé asumir las consecuencias del abandono del tratamiento por mi parte.

7. Doy mi expreso consentimiento a ser fotografiado y/o filmado, antes, durante y después del tratamiento; y para que el material obtenido sea exhibido con fines científicos, académicos, etc.; a condición de que mi identidad no sea revelada.

8. Declaro bajo juramento que no he omitido ni alterado los datos brindados al profesional al detallar mis antecedentes clínicos y quirúrgicos. Manifiesto no ser alérgico a.....

9. Prueba de prótesis. Volumen:

10. Confirmo que he leído y comprendido perfectamente los términos de este consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que éstas han sido satisfactoriamente contestadas y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. He tachado todos los párrafos anteriores que no me conciernen. Asumo la responsabilidad total de mi elección de someterme a la intervención quirúrgica propuesta.

Firma del paciente.....

Firma del testigo.....

.....
Aclaración de Firma

.....
Aclaración de firma

Nota: si el paciente es menor de 21 años, debe firmar padre, madre o tutor. Si es incapaz por causa distinta a la falta de edad, debe firmar su curador.

Firma del paciente

Parentesco

Aclaración de firma

Nro. De Documento