

CONSENTIMIENTO INFORMADO

BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN TUMORES DE MAMA

Nombre:

Nº Historia Clínica:

Declaro que el Dr./a. D/Dña me ha informado que para una correcta estadificación y ,por tanto, para un tratamiento más adecuado de mi cáncer de mama **derecha - izquierda** es necesario realizar una biopsia selectiva del ganglio centinela (GC).

El GC es el primer ganglio linfático que entra en contacto con las células cancerosas cuando estas se diseminan desde el tumor primario. La localización más habitual es en la grasa axilar (bajo el brazo); otras localizaciones son la mamaria interna (entre las costillas), el hueco supraclavicular o el cuello.

Mediante este procedimiento se pretende identificar la(s) zona(s) de drenaje del tumor mamario, localizar el (los) ganglio(s) centinela y extirparlos de forma independiente para poder hacer un estudio selectivo de los mismos. De este análisis depende el tratamiento posterior.

Esta técnica consiste en la inyección **alrededor de la tumoración / alrededor de la areola / en la piel** de un marcador isotópico

Pasadas unas horas o al día siguiente se procederá a la biopsia del GC, asociándola o no al tratamiento quirúrgico de su tumor. Se realizará **SI – NO** análisis intraoperatorio del GC y si dicha biopsia fuera positiva, se hará una linfadenectomía axilar. Si fuese negativa, habrá que esperar al estudio histológico definitivo para decidir tratamiento.

En su caso **no - se** utilizará el marcado complementario con **colorante vital**..... – **azul de metileno**.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados

de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, colección de líquido en la herida (seroma), flebitis, edema transitorio, cicatrices dolorosas, hipertróficas o retráctiles, dolor en la zona de la intervención.

Poco frecuentes y graves: inflamación grave de los linfáticos, recidiva tumoral, hemorragia importante, alteraciones locales de los nervios, reacciones alérgicas al colorante vital, necrosis de piel y subcutáneo con azul de metileno.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros).

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el facultativo que me ha atendido me ha contestado las dudas que he planteado.

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

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice la biopsia del ganglio centinela.

....., a.....de.....de 20.....

Fdo: Paciente o representante legal

Fdo: Médico

REVOCACIÓN

Nombre:

ROVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(lugar y fecha)

Fdo: Paciente o representante legal

Fdo: Médico