

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MASTITIS Y ABSCESOS MAMARIOS**

ETIQUETA CON LOS  
DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia: \_\_\_\_\_  
D./Dña.: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a D./Dña.: \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un **DESBRIDAMIENTO Y DRENAJE DE MAMA**, debido a un **ABSCESO/MASTITIS** que tengo.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende el drenaje del material purulento existente en esa mama, así como la eliminación de la infección.  
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
- 2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que cabe la posibilidad remota que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.
- 3.- Mediante este procedimiento se me va a drenar la colección purulenta que tengo en la mama.  
También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
- 4.- 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: Sangrado de herida quirúrgica. Colección de líquido en la herida. Flebitis. Edema transitorio del brazo. Cicatrices retráctiles. Disminución del volumen de la mama. Dolor prolongado en la zona de la operación, Recidiva del absceso, o poco frecuentes y graves: Inflamación grave de los linfáticos del brazo. Recidiva de la enfermedad. Sangrado importante. Alteraciones locales de los nervios. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
- 5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como \_\_\_\_\_ (aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_.

6.- El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa terapéutica eficaz para el drenaje del absceso mamario.

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

que se me realice un **DESBRIDAMIENTO Y DRENAJE DE MAMA.**

En Teruel, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ años de edad, (Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº . \_\_\_\_\_

D./Dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en \_\_\_\_\_ y D.N.I. nº . \_\_\_\_\_ en calidad de  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Teruel, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado