

CONSENTIMIENTO INFORMADO

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA (BGC)

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ **DNI** _____

INFORMACIÓN GENERAL:

¿QUÉ ES Y CÓMO SE HACE? FORMA EN LA QUE SE REALIZA: Consiste en la extracción del ganglio axilar dominante, previamente marcado con coloración azul, y se envía a anatomía patológica. Si resulta estar comprometido por la patología (extensión ganglionar del cáncer de mama), podría considerarse suficiente tratamiento local de la axila o bien, realizarse la extracción del resto de los ganglios axilares.

¿PARA QUÉ SIRVE? OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO: Sirve para conocer la extensión de la enfermedad.

¿EN QUÉ LO BENEFICIARÁ? Limitar el avance de la enfermedad.

¿QUÉ MOLESTIAS, EFECTOS SECUNDARIOS O RIESGOS TIENE? Dolor, edema, hemorragia, hematoma, infección, dehiscencia (apertura) de la herida, lesión de órganos vecinos (arterias y nervios).

¿CÓMO ES LA RECUPERACIÓN DE LA CIRUGÍA? Si no hay complicaciones, generalmente es buena y progresiva.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS TIENE? No realizar la cirugía.

¿QUÉ LE PUEDE PASAR SI RECHAZA LA PRÁCTICA? Persistencia y/o progresión de la enfermedad.

DADA SU CONDICIÓN ES IMPORTANTE QUE UD. SEPA: *Si resulta estar comprometido el/los ganglio/s axilar/es reseca dos por la patología (extensión ganglionar del cáncer de mama), podría considerarse la extracción del resto de los ganglios axilares.*

ADEMÁS, ES DE INTERÉS DEL/LA PACIENTE QUE SE LE INFORME SOBRE:

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál: _____
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
7. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

SI NO

MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo _____, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Hora: ____:____hs.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Hora: ____:____hs.

IMPORTANTE - PROFESIONALES

Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.