



Centro de Responsabilidad
Imag enología

CONSENTIMIENTO INFORMADO MARCACIÓN RADIO-QUIRÚRGICA DE LA MAMA



NOMBRES Y APELLIDOS

RUT

La marcación radio-quirúrgica mediante punción está indicada cuando en alguna mamografía se observa alguna alteración cuya naturaleza exacta no es posible precisar por otras técnicas de imagen.

El objetivo es marcar la zona en donde se observa la anomalía para en un acto quirúrgico obtener una muestra para su posterior estudio histológico.

Para este procedimiento se utilizan agujas y elementos diseñados para ello, por lo general no es necesaria sedación ni anestesia. Este procedimiento se realiza con técnicas de asepsia a fin de evitar efectos adversos.

Es un procedimiento sencillo, de corta duración (15 a 60 minutos), y se hace ambulatoriamente. Cabe la posibilidad de que las muestras obtenidas no sean suficientes para el estudio histológico y haya que repetir el procedimiento.

Las complicaciones son poco frecuentes (menos del 5%) y generalmente leves.

Se puede producir:

- **Hematoma:** Por sangrado de algún vaso próximo a la zona de punción. Normalmente el sangrado cede espontáneamente o comprimiendo fuerte durante unos minutos, sobre la superficie de la mama afectada. Excepcionalmente el hematoma adquiere gran tamaño y hay que drenarlo quirúrgicamente.
- **Infección de la zona tras la punción,** debido a la introducción de gérmenes desde la piel, lo cual puede requerir tratamiento antibiótico para su curación o drenaje si se produce un absceso.
- **Dolor y pinchazos en la zona durante varios días tras la punción.** Cede con analgésicos.
- **Reacciones alérgicas a algún insumo utilizado.**

DECLARO:

Que he recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Que he recibido una copia del formulario y que he comprendido lo escrito en el mismo.

Que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

En consecuencia:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Firma Paciente o Representante Legal

Nombre y Firma Profesional
Fecha: