

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GALACTOGRAFÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica de exploración radiológica que utiliza radiaciones ionizantes (Rayos X).

Consiste en la canalización del conducto lácteo (galactóforo), secretor de la mama, mediante la colocación de un catéter fino por donde se introduce contraste iodado que va rellenando el conducto y sus ramas. Una vez realizada la técnica se hacen controles radiográficos para poder visualizar dichos conductos.

La prueba se realiza de forma ambulatoria sin precisar ingreso hospitalario ni preparación específica en la mayoría de los casos.

La finalidad de la técnica es comprobar si la causa de la secreción de líquido por el pezón se debe a lesiones de los conductos galactóforos o a otras causas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Hematomas superficiales o internos.
- Molestias o dolor en la mama (el más frecuente).
- Infección en el lugar de punción.
- Por el contraste administrado: sensación de calor en el punto de inyección, náuseas, mareo, picor ... Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal y excepcionalmente shock anafiláctico.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea. Aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones..

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Alteraciones en la coagulación.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Resonancia de mama con contraste.

AUTORIZACIÓN PARA "GALACTOGRAFÍA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| Fdo. Paciente: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: Nombre Servicio: |

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: