

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

BIÒPSIA SELECTIVA DEL GANGLI SENTINELLA EN TUMORS DE MAMA

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

.....
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a
i DNI núm., en qualitat de representat legal/ familiar o de
parentesc de
(nom i cognoms del pacient)

DECLARO

Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
per una correcta estadificació i, per tant, per un tractament més adequat del meu càncer de
mama **dreta - esquerra** és necessari/convenient realitzar una biòpsia selectiva del gangli
sentinella (GS).

DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DELS PROCEDIMENT

El GS és el primer gangli limfàtic que entra en contacte amb les cèl·lules canceroses quan aquestes es disseminen des del tumor primari. La localització més usual és en la grassa axil·lar (sota el braç); altres localitzacions són la mamària interna (entre les costelles), el buit supraclavicular o el coll.

Mitjançant aquest procediment es pretén identificar la/les zona/es de drenatge del tumor mamari, localitzar el/els gangli/s sentinella i extirpar-los de manera independent per poder-ne fer un estudi selectiu dels mateixos. D'aquest anàlisi en depèn el tractament posterior.

Aquesta tècnica consisteix en la injecció al **voltant de la tumoració/ al voltant de l'arèola / a la pell** d'un marcador isotòpic

Passades unes hores o al dia següent es procedirà a la biòpsia del GS, associant-ho o no al tractament quirúrgic del seu tumor. Es realitzarà:

- **SI - NO** anàlisis intraoperatoris del GS.
- En cas de biòpsia positiva, en general es farà una limfadenectomia axil·lar si fos precís segons protocol.

Si fos negativa, s'haurà d'esperar a l'estudi histològic definitiu per decidir el tractament.

RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS POSSIBLES

Entenc que tot i l'adient elecció de la tècnica i de la seva correcta realització poden presentar-se efectes indesitjables, tant els comuns derivats de tota intervenció i que poden afectar a tots els òrgans i sistemes, com altres específics del procediment:

Poc greus i freqüents: infecció o sagnat de la ferida quirúrgica, col·lecció de líquid en la ferida (seroma), flebitis, edema transitori, cicatrius doloroses, hipertròfiques o retràctils, dolor en la zona de la intervenció.

Poc freqüents i greus: inflamació greu dels limfàtics, recidiva tumoral, hemorràgia important, alteracions locals dels nervis, reaccions al·lèrgiques al colorant vital, necrosis de pell i subcutani amb blau de metilè.

El metge/essa m'ha explicat que aquestes complicacions normalment es resolen amb tractament mèdic (medicaments, sèrums).

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui realitzada la biòpsia del gangli sentinella.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20.....

DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

DECLARO

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meua situació és convenient una que té per objecte

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, de..... de 20.....