

Nombre del paciente	DNI:.....	
Fecha:.....	Nombre del médico:.....	Nº Coleg:
Centro:		

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La colocación de un arpón o "anzuelo" se realiza en el servicio de radiología utilizando como equipo de imagen un mamógrafo, obteniéndose mamografías que servirán para localizar el sitio exacto que se desea analizar y posteriormente introduciendo el ARPÓN o una aguja que obtendrá la muestra de tejido o el líquido. Dependiendo del calibre de la aguja utilizada, previamente se podrá administrar anestesia local.

2. OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR:

Colocar un arpón o "anzuelo" anclado en un área de tejido de la mama que se desea estudiar y que servirá de guía al cirujano para obtener la muestra de tejido mamario para su estudio histológico o la extracción de líquido de un quiste, para su análisis.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO:

Cirugía para obtener la muestra de tejido o extirpar la lesión.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:

Lograr un diagnóstico radiológico lo más preciso posible.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:

No posibilidad de analizar el tejido mamario, y lograr un diagnóstico preciso.

6. RIESGOS FRECUENTES:

- **Riesgos producidos por la radiación en la realización de la mamografía:** Los rayos X aunque no son inocuos, comportan un riesgo muy bajo para Vd. en las dosis que se necesitan para su exploración.
- **Riesgos derivados de la punción con aguja:** reacciones vagales (mareo...), pequeño hematoma en el lugar de la punción, mínimo sangrado focal.

7. RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS:

Las complicaciones son raras (menores al 5 % de los casos) y casi siempre leves. Se puede producir:

- **Riesgos derivados de la punción con aguja:** excepcionalmente mayor grado de sangrado, infección en el área y desplazamientos del arpón por movilidad.

8. RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES:

Si usted padece enfermedades de la sangre o toma medicación anticoagulante (Sintrón) tiene alergias medicamentosas, enfermedad del corazón o de otro tipo deberá comunicarlo al radiólogo responsable antes de la exploración.

9. CONTRAINDICACIONES:

Si usted está embarazada comuníquelo al médico porque esta prueba puede producir daños en el feto.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Declaro que he sido informado de forma comprensible de la utilidad, naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida, pudiendo formular todas las preguntas que he creído convenientes, siendo aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización, y declaro que se me ha ofrecido copia del mismo.

Conozco que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Si sugiera alguna situación imprevista urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo el equipo médico para realizarlo, sin previo consentimiento.

Firma de Paciente / Representante Legal:

Firma del Médico:

Rellenar en caso de Representante Legal:

Nombre N.I.F. / D.N.I..... en calidad de

Cumplimentar en caso de REVOCACIÓN:

En fecha retiro mi consentimiento para someterme a la prueba de
que me iba a ser realizada en este centro.

Firma del paciente o Representante legal:

Firma del médico: