

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

**1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

La mamografía es una exploración específica para la mama que utiliza rayos X.

Se realiza con un equipo específico: mamógrafo, con unas características que permite distinguir tejidos de densidades muy similares. Cada mama se explora con 2 proyecciones: de arriba abajo y del lado externo al interno. Las radiografías son obtenidas por personal cualificado, colocando la mama en un soporte perpendicular al tubo de rayos. A continuación se realiza una compresión sobre la misma, y la imagen es enviada para su valoración por el médico. En ocasiones es necesario realizar alguna proyección adicional: radiografía localizada, magnificada, angulada, etc. A menudo, es necesario complementarla con ecografía. La duración de la exploración es de 20 minutos aproximadamente.

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

- Para resolver un síntoma clínico particular relacionado con la mama: dolor, secreción por el pezón, hinchazón, aparición de cambios en la piel de la mama o en el pezón, asimetrías o aparición de "bulto". En estos casos se trata de una mamografía diagnóstica y se realiza en mujeres con más de 30 años. En mujeres con menos de 30 años se sustituye por ecografía.
- La mamografía de "screening" o cribado, es aquella que se realiza en mujeres sanas, asintomáticas, para detectar un posible cáncer de mama antes de que sea clínicamente evidente. Estas mamografías de cribado pueden realizarse por decisión personal, por recomendación médica específica en mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, o dentro de los programas de cribado poblacionales, que dependen de las distintas comunidades autónomas.
- La mamografía debe realizarse, además, en mujeres con una historia familiar de cáncer de mama.

Debe conocer que la mamografía es la única técnica admitida por el momento para descartar cáncer de mama, incluso en pacientes con prótesis. En este caso el estudio es más laborioso y puede necesitar de proyecciones adicionales.

**3. ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO:**

La ecografía permite evaluar su prótesis exclusivamente, pero no es concluyente en el tejido mamario que la rodea, por lo que si tiene un nódulo definirá si es sólido o no, pero no descarta cáncer de mama. Existen signos de cáncer de mama que no son sensibles a la ecografía como grupos de microcalcificaciones, distorsiones, alteraciones cutáneas, etc..

**4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:**

Lograr un diagnóstico radiológico lo más preciso posible.

**5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:**

Ausencia de identificación del problema que le aqueja, y ausencia de diagnóstico precoz en el cáncer de mama.

**6. RIESGOS FRECUENTES:**

**Riesgos producidos por la radiación:** Los rayos X aunque no son inocuos, comportan un riesgo muy bajo para Vd. en las dosis que se necesitan para su exploración.

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

**Riesgos de ruptura:** La posibilidad de ruptura, con la compresión que ejerce la mamografía realizada de forma correcta, no está científicamente demostrada. La presión recibida es semejante a la ejercida sobre el pecho por actividades que se realizan de forma cotidiana.

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

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: