

## Hospital Costa el Sol. Servicio de Radiodiagnóstico

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GALACTOGRAFÍAS

Nombre.....

Edad.....

Nº HCC.....

#### ¿Qué le vamos a hacer?

La exploración que se le va a realizar se llama **GALACTOGRAFIA** y se practica en determinados casos de secreción de líquido por el pezón. Sirve para comprobar si la causa de esa secreción se debe a lesiones de los conductos galactóforos o a otras causas.

La exploración consiste en introducir una aguja muy fina en el conducto que presenta secreción y una vez dentro, inyectar un contraste yodado que va rellenando todo el conducto y sus ramas. Una vez realizada la técnica se hacen controles radiográficos. Sino presenta secreción en este momento, no le podremos realizar la prueba

#### ¿Qué riesgos tiene?

Esta prueba es bien tolerada por los pacientes y solo está relativamente contraindicada en personas alérgicas al yodo y a los contrastes yodados. Si es alérgica al yodo u otras sustancias indíquelo en este cuestionario y al personal que le va a realizar la prueba

Soy alérgica al yodo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Indique otros medicamentos a los que sea alérgica \_\_\_\_\_

Las complicaciones son escasas y en la mayoría de las ocasiones leves como molestias o dolor leve pasajero. En raras ocasiones puede existir una extravasación del contraste fuera del conducto lo que no suele generar complicaciones importantes.

La exploración se realiza de forma ambulatoria no requiriendo ingreso previo ni anestesia local o general.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios médicos del hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

#### ¿Qué alternativas hay?

La única alternativa disponible por ahora es la intervención quirúrgica. No hacer la prueba supone quedarnos sin saber si tiene algún tipo de lesión en los conductos que necesite ser extirpada, o si por el contrario, no hay ninguna lesión visible que justifique la secreción.

**Declaraciones y firmas:**

D/D<sup>a</sup>....., con DNI..... he sido informado suficientemente de la prueba que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. Por ello, doy mi consentimiento (SI\_\_\_,NO\_\_\_) para que se me realice dicha prueba. Mi aceptación es voluntaria, y puedo retirar este documento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con DNI..... y en calidad de ..... he sido informado suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello doy expresamente mi consentimiento(SI\_\_\_,NO\_\_\_)

Firma del tutor o familiar:

Fecha:...../...../.....

Dr. D/D<sup>a</sup>.....he informado al paciente, tutor o familiar del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar, explicándole los riesgos y posibles complicaciones.

Firma del médico responsable:

Fecha:...../...../.....

**Revocacion del consentimiento:**

D/D<sup>a</sup>....., con DNI..... revoco el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con DNI.....y en calidad de ..... revoco el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado

Firma del familiar o tutor:

Fecha...../...../.....

Dr.D/Dª..... he recibido la  
revocacion del consentimiento prestado en fecha....., por lo que no se  
prosigue con el procedimiento

Firma del medico responsable:

Fecha:...../...../.....