

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES: “PARA** **REALIZAR BIOPSIA CORE MAMARIA BAJO VISION ECOGRÁFICA”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: ***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***

**Objetivos del procedimiento:** El objetivo de este examen es obtener una muestra de tejido de una lesión sospechosa en su mama que se enviará a Anatomía Patológica para su diagnóstico histológico.

**Descripción del procedimiento:** Acostada o semisentada en la camilla del ecotomógrafo, el médico que realiza el examen procederá a aplicarle un anestésico local y, posteriormente, hará una incisión pequeña en la piel por donde introducirá una aguja hueca que extraerá muestras de tejido mamario.

**Riesgos del procedimiento:** Si Ud. tiene una enfermedad que altere la coagulación de la sangre, tiene antecedentes de alergia conocida o está tomando algún medicamento como Aspirina, Ketoprofeno, Ibuprofeno, Piroxican, etc. deberá informarlo al personal antes de realizar el procedimiento que duele muy poco o no duele en lo absoluto y el único riesgo que tiene, muy poco frecuente por lo demás, es un hematoma en el sitio de la punción en cuyo caso se procederá a comprimir la zona.

**Alternativas al procedimiento propuesto:** La biopsia estereotáxica es una posibilidad pero es más compleja y con mayor dificultad de acceso.

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:** De no aceptar el procedimiento este no podrá realizarse y deberá conversar con su médico tratante otras alternativas diagnósticas

**Mecanismo para solicitar más información:** Cualquier in formación adicional podrá ser solicitarla al Médico tratante y/o al Médico que realice el procedimiento

**Qué hacer en caso de cambiar de opinión:** Si Ud. ha rechazado la realización del examen y luego decide cambiar de opinión y hacérselo, NO DEBE BORRAR lo escrito, pues no se reciben documentos enmendados. Debe llenar el cuadrado siguiente que señala **“Revocabilidad”,** Esto indica que Ud. SI accede a realizarse el examen solicitado.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.