

La punción se guía por una técnica de imagen, generalmente ecografía, para conseguir la precisión necesaria.

Esta exploración dura aproximadamente 20 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Otro tipo de alternativas son la intervención quirúrgica.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- Dolor en la zona de la punción. Desaparece espontáneamente.
- Mareo que generalmente desaparece de forma espontánea.
- Infección localizada en la zona de punción.
- Hemorragia en la zona de la punción. Ésta es una complicación rara que habitualmente produce tan sólo un hematoma o moratón en la zona de la punción

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de biopsia de mama y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL
PROCEDIMIENTO**

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D. /D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años
de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en
calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y
dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento
otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y
() deseo/ () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____