



## CONSENTIMIENTO PUNCIÓN MAMARIA

Nombre del paciente:

DNI:

Fecha:

### 1. Información sobre el procedimiento

Se me ha informado que se va a realizar una punción de mama, que consiste en la obtención de una muestra de tejido mamario mediante el uso de una aguja fina o gruesa, generalmente guiada por ecografía. Este procedimiento tiene como objetivo el análisis citológico o histológico de la lesión mamaria.

En caso de tomar medicación anticoagulante, deberá suspender la 1 semana antes al día del turno.

### 2. Finalidad

La finalidad de la punción es:

Confirmar o descartar la presencia de células malignas o benignas.

Establecer un diagnóstico preciso.

Ayudar en la planificación del tratamiento.

### 3. Procedimiento

Se realiza bajo condiciones asépticas.

Se aplica anestesia local.

La duración es de aproximadamente 30-40 minutos.

El procedimiento es guiado por imagen ecográfica.

### 4. Riesgos y posibles complicaciones

Como todo procedimiento médico, la punción de mama puede conllevar algunos riesgos, y eventuales complicaciones, tales como:

Dolor leve durante o después del procedimiento.

Hematoma o sangrado local.

Infección en la zona de punción.

Resultado no concluyente que requiera repetir el procedimiento.

### 5. Alternativas

Me han sido explicadas las posibles alternativas, que pueden incluir:

Observación médica sin intervención inmediata.

Biopsia quirúrgica (mayor complejidad).

No realizar el procedimiento (con los riesgos que ello conlleva).

### 6. Consentimiento

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas de manera comprensible.

Entiendo la naturaleza del procedimiento, sus riesgos, beneficios y alternativas.

Acepto voluntariamente la realización de la punción de mama.

Firma del paciente o representante legal:

Firma del médico que informa: