



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** El proceso de reconstrucción de la mama se puede completar con la realización de un tatuaje para recrear la areola. La técnica de micropigmentación consiste en la inyección dérmica (en la piel) de pigmentos cuyo color se asemejara al de la areola sana, mediante agujas estériles de un solo uso. En ocasiones es necesario repetir la sesión, e incluso perfilar la areola sana para conseguir una mejor simetría de color.
2. **¿Cómo se realiza?:**
 - Los días previos puede que se le realice una prueba de alergia consistente en la aplicación cutánea del pigmento.
 - En las 24 horas previas:
 - No tomar bebidas excitantes (café, té, o refrescos con cafeína) ni alcohol.
 - No ingerir alimentos picantes, mariscos o comidas fuertes.
 - No debe tomar fármacos antiagregantes, ni anticoagulantes, ni vasodiladores.
 - No exponer la mama al sol ni a rayos UVA.
 - Durante la inyección de los pigmentos se pueden sentir molestias o dolor, sangrar ligeramente o presentar picor.
 - La técnica se realizará, si es necesario, con anestesia tópica.
 - Situaciones especiales:
 - Si toma antiagregantes o anticoagulantes consulte con su médico/a por si es necesario modificar las pautas.
 - Esta técnica está contraindicada si tiene antecedentes de alergia a las sustancias empleadas o si tiene alteraciones de la piel en la zona de aplicación (pecas, verrugas, cáncer de piel, dermatitis, impétigo, psoriasis, u otras).
 - Si padece alguna enfermedad crónica como diabetes, hemofilia, cardiopatías, VIH o inmunológica debe comunicarlo.
 - Las personas fumadoras tienen mayores posibilidades de retraso o dificultades en la cicatrización.
 - Instrucciones básicas a seguir tras la realización del procedimiento las primeras semanas:
 - Limpieza suave de la piel con suero fisiológico o, simplemente, con agua y jabón, sin frotar y aplicación de una crema. No rascarse.
 - Cubrir los dos primeros días con un apósito y aplicar frío seco local.
 - Mantener la piel siempre seca.
 - No aplicarse cosméticos en la zona.
 - Evitar el sol, los rayos UVA, no acudir a piscinas, saunas o playas.
 - Si en los días posteriores a la aplicación apareciese cualquier reacción o alteración, consulte con su médico/a.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Riesgos más frecuentes:**
 - Dolor: a pesar de la anestesia tópica puede sufrir algún tipo de dolor o molestia en la zona pigmentada
 - Cicatriz cutánea: en casos raros pueden producirse cicatrices anómalas, pudiendo ser inestéticas, retráctiles o con el color alterado.
 - **Riesgos más graves:**
 - Reacciones alérgicas: en casos raros se han descrito alergias locales a los pigmentos usados e, incluso, pueden ocurrir reacciones generales que requieran tratamientos adicionales.
 - Relacionados con la anestesia que, aun siendo tópica, conlleva ciertos riesgos, sobre todo reacciones alérgicas.
 - Hemorragia: es posible pero infrecuente que haya hemorragia limitada durante o después de la técnica.
 - Infección: es infrecuente pero podría ocurrir y ser necesario tratamiento adicional.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Pigmentación de la areola y pezón.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Se mantiene la ausencia de pigmentación de la areola.
6. **Alternativas:** Se puede reconstruir la areola y el pezón con cirugía.
7. **Riesgos en función de su situación:** Otros riesgos que podrían aparecer dada su situación clínica serían.....

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que soy candidata/o a la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____