

**INFORMACION Y CONSENTIMIENTO PARA
GALACTOGRAFÍA****D./D^a.****D.N.I.**.....

Autorizo a Centro de Radiología de la Mama para que me sea practicada la Galactografía, tras haber sido informada/o completamente sobre la técnica y sus posibles riesgos.

La exploración a realizar consiste en canalización del conducto secretor e introducción del contraste yodado con posteriores radiografías

En caso de que sea alérgico a algún medicamento, es necesario que nos lo comunique antes de empezar la exploración.

Asimismo, deberá informarnos sobre si tiene o ha tenido fiebre, si padece trastornos de la coagulación o hemorragias frecuentes, y si está tomando medicación anticoagulante (incluyendo aspirinas).

Rara vez se producen complicaciones en esta prueba, y habitualmente consisten en lesiones superficiales, hematomas e infecciones locales.

Cualquier otra información que usted desee, no dude en consultar a los médicos que le van a realizar la exploración.

Si está de acuerdo y conoce los riesgos que se le notifican, acudirá al Centro de Radiología de la Mama el día.....

Firma:

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informada de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACION DE CONSENTIMIENTO para su realización, habiendo sido informada de las consecuencias y posibles alternativas al mismo.

Firma: