



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA O CISTOGAMMAGRAFÍA:

1. Identificación y descripción del procedimiento:

La cistografía isotópica es una técnica de diagnóstico por imagen basada en la introducción dentro de la vejiga urinaria de un trazador radiactivo para valorar la existencia de reflujo vesico-ureteral u otros trastornos del vaciamiento vesical.

Técnica: consiste en la introducción intravesical directa (mediante sonda urinaria) o indirecta (tras realizar un estudio renal) de diversos trazadores marcados con tecnecio 99m. A continuación se realizan maniobras para provocar la aparición de reflujo, como son el llenado vesical con un volumen de suero calculado según la edad del paciente, y posterior vaciado de la misma. Durante dichas maniobras se obtienen imágenes de forma continuada, para comprobar si se produce paso de actividad de la vejiga hacia los uréteres.

Destacar que la escasa radiación utilizada, además solo permanece dentro del paciente (técnica directa) durante el tiempo del estudio (aproximadamente 20-30 minutos), pues sólo se introduce en la vejiga desapareciendo al vaciarla, sin producirse paso de radiactividad a la sangre.

Previamente a la realización de la exploración, el personal del servicio de medicina nuclear correspondiente le informará del procedimiento y responderá a todas sus preguntas acerca del mismo.

2. Objetivos del mismo y beneficios que se esperan alcanzar:

Visualizar la existencia y severidad de reflujo vesico-ureteral generalmente en niños, tanto en el diagnóstico inicial como para valorar si respuesta al tratamiento médico o quirúrgico.

Es un procedimiento sencillo, fácil de realizar y con pocas molestias para el paciente, que posee una excelente sensibilidad y especificidad en la detección del reflujo vesico-ureteral, con una dosis de irradiación prácticamente despreciable.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Las técnicas radiológicas proporcionan información similar, ayudando a evaluar la severidad, pero su irradiación al paciente es mucho más elevada (50-100 veces).

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Permite una detección precoz del reflujo vesico-ureteral, valora evolutivamente la respuesta al tratamiento médico, ayudando a realizar su corrección quirúrgica cuando sea necesaria.

Permite valorar si el tratamiento quirúrgico ha sido eficaz.

5. Consecuencias previsibles a su no realización:

Retraso en el diagnóstico.

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

Obtención de un diagnóstico incompleto o incorrecto.

6. Riesgos frecuentes:

Existe cierto riesgo de infección urinaria con esta técnica debido al sondaje urinario, por lo cual suele realizarse profilaxis antibiótica para evitarlo.

7. Riesgos poco frecuentes:

No descritos.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente:

La exploración está contraindicada en mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo / beneficio.

En caso de realizar la exploración a una mujer en periodo de lactancia, debe interrumpirla mediante un corto espacio de tiempo. Durante el día de la exploración debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y embarazadas.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

SERVICIO DE MEDICINA NU- CLEAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE UNA CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA O CISTOGAMMAGRAFÍA



Nº Historia: _____

1. Declaración de consentimiento PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL)

D./Dña. _____

D.N.I.: _____

MANIFIESTO QUE:

El Dr./a _____ que me ha mandado esta prueba me ha explicado que es conveniente /necesario, en mi situación la realización de una CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA O CISTOGAMMAGRAFÍA y he comprendido adecuadamente la información de los procedimientos, beneficios y riesgos asociados a esta prueba.

El titular autoriza a que sus datos de salud sean tratados en nuestra base de datos con el fin de poder realizar la prueba de medicina nuclear.

Las respuestas a las preguntas planteadas tienen carácter obligatorio, en caso de no suministrar los datos anteriores, no podremos atender la realización de la prueba.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a la compañía cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

He leído la hoja informativa de la prueba que me han entregado aquí, he comprendido todo cuanto antecede, consultando mis dudas al personal facultativo o técnico del Centro y acepto voluntariamente la realización de la prueba.

En Madrid, a de del 20...

Firma del paciente(o representante legal)

Firma del médico responsable de la prueba

Nº Colegiado

2. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado con fecha de de 20... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En Madrid, a de del 20...

Firma del paciente(o representante legal)

Firma del médico responsable de la prueba

Nº Colegiado

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, CENTRO DE RESONANCIA MAGNÉTICA le informa que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en ficheros registrados en la Agencia Española de Protección de Datos, cuyos responsables son las diferentes entidades sanitarias que desarrollan su actividad asistencial de diagnóstico por la imagen en el centro (PROMOCIONES TÉCNICAS MÉDICAS, S.A. TECNOLOGÍAS DE LA IMAGEN MADRILEÑAS, S.A. y JOSÉ ORTIZ BERROCAL), únicamente en aquellos supuestos en que sea necesario que las mismas accedan y traten dicha información para facilitarle asistencia médica -, con la finalidad de gestionar la prestación del servicio médico requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del Centro.

Si la asistencia sanitaria se realizara en base a conciertos con entidades aseguradoras y hospitales públicos o al amparo de pólizas o coberturas de las que Ud., como paciente, sea beneficiario, el Centro podrá facilitar la información de los servicios prestados a las mismas, pues resultan imprescindibles para tal cobertura y su facturación. También podrán cederse sus datos al Servicio Madrileño de Salud en los casos previstos legalmente.

En todo caso, usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a una o varias de las entidades descritas en el presente aviso legal, a la siguiente dirección: C/ General Arrando 30, Madrid; C.P. 28010