



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

DETECCIÓN Y BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA:

1. Identificación y descripción del procedimiento:

Es un procedimiento útil en la evaluación y tratamiento inicial de algunos tumores de mama. Melanoma, y otros tipos. Intervienen de forma coordinada los especialistas de medicina nuclear, cirugía y anatomía patológica.

La función de la medicina nuclear es la de localizar el área inicial de drenaje linfático tumoral, que es un ganglio linfático. Posteriormente, este ganglio linfático es extraído por el cirujano gracias a la identificación del mismo mediante la técnica nuclear, para que el especialista en anatomía patológica lo estudie y valore si se encuentra afectado o está libre de células tumorales, en cuyo caso se evita la extirpación completa innecesaria de todos los ganglios.

La técnica consiste en la administración en la proximidad del tumor de una pequeña cantidad de trazador radiactivo, gracias al cual seremos capaces de poner de manifiesto cual es el ganglio linfático que debemos estudiar.

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. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:

Valorar de una forma adecuada y selectiva la afectación tumoral de los ganglios linfáticos, para evitar en el caso de que el ganglio centinela esté libre de células tumorales, la extirpación completa innecesaria de todos los ellos.

Es un procedimiento de gran sencillez y economía. Es una técnica muy sensible para detectar los ganglios linfáticos. Con una baja dosis de radiación inferior a la que proporcionan otros métodos diagnósticos, se puede estudiar el sistema de drenaje linfático, lo cual tiene gran interés para valorar la posible afectación por células tumorales de los ganglios de un modo selectivo y dirigido, evitando la extirpación completa de los ganglios linfáticos regionales.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Realizar el tratamiento quirúrgico convencional, que incluye la extirpación completa de todos los ganglios linfáticos regionales, estén afectados o no.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente, evitando en el caso que sea posible la extirpación completa de todos los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo vaciamiento ganglionar axilar en el cáncer de mama), disminuyendo la agresividad del acto quirúrgico y los posibles efectos secundarios.

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Extirpación completa de todos los ganglios linfáticos regionales, estén afectados o no.

6. Riesgos frecuentes:

No descritos.

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 durante 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 DETECCIÓN Y BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA



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 **DETECCIÓN Y BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA** 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