



## **INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES:**

#### **1. Identificación y descripción del procedimiento:**

La gammagrafía de glándulas salivares es un método diagnóstico de imagen que utiliza un trazador radiactivo, tecnecio-99m Tc, para el estudio de la forma y el funcionamiento de las glándulas salivares y de su patología.

Técnica: El paciente debe estar en ayunas de al menos 4 horas. Se inyecta vía intravenosa el trazador radiactivo, que se acumula y es eliminado por las glándulas salivares. A los 5 minutos de la inyección se obtienen las imágenes de forma continuada durante un periodo aproximado de una hora. Se suele estimular la secreción salivar con zumo de limón.

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:**

El diagnóstico y seguimiento de enfermedades que afectan a las glándulas salivares (boca seca/síndrome de Sjögren, cálculos/sialolitiasis, inflamaciones, tumores..), destacando la capacidad de valoración funcional de esta técnica.

Se trata de un procedimiento sencillo, rápido, sensible, fácil de realizar y sin molestias para el paciente. Supone una muy baja dosis de radiación para el paciente, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

#### **3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:**

Otras técnicas de imagen como la ecografía, el TAC y la RMN permiten la valoración de la forma y la estructura de las glándulas.

La hialografía de contraste es un método morfo-funcional, pero no exento de riesgos, ya que requiere canulación y puede haber reacción inflamatoria por el contraste. Además produce mayor irradiación.

#### **4. Consecuencias previsibles de su realización:**

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

#### **5. Consecuencias previsibles de su no realización:**

Retraso en el diagnóstico.

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

Obtención de un diagnóstico incompleto ó incorrecto.

#### **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 GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SA- LIVARES



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 GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES 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 concertos 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