



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

GAMMAGRAFÍA DE RECEPTORES DE LA SOMATOSTATINA.

(Gammagrafía con ^{111}In -Octreotide ó ^{111}In -Pentetreotide, gammagrafía con análogos de la somatostatina, gammagrafía con $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -Tepreotide).

1. Identificación y descripción del procedimiento

- La gammagrafía de receptores de la somatostatina es un método de diagnóstico por imagen que se utiliza en el estudio de extensión, valoración prequirúrgica, seguimiento y detección de recurrencias de determinados tumores, fundamentalmente gastroenteropancreáticos, pulmonares y enfermedades granulomatosas.
- Se trata de un procedimiento sencillo, fácil de realizar, sin molestias para el paciente y útil en el diagnóstico y seguimiento de determinados tumores. Supone una baja dosis de radiación para el paciente, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

2. Técnica:

Tras la administración intravenosa de 5mCi de ^{111}In - Octreotide (dosis corregida según talla y peso en niños) se obtienen las imágenes planares y tomográficas a las 4 y 24 horas.

3. Contraindicaciones:

- Alergia a Octreotide o cualquiera de los demás componentes.
- Mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo/beneficio.
- Insuficiencia renal moderada – severa.

4. Lactancia:

Retrasar el tratamiento hasta que termine la lactancia.

5. Preparación previa al estudio:

- Dieta rica en fibra (laxante) desde un día antes de la prueba hasta el final de la misma (previa entrega de hoja informativa)
- Es posible que su médico le recomiende la suspensión de algunos medicamentos que puedan interferir en la exploración.

6. Posibles reacciones alérgicas:

Rubor, calor, picor, náuseas....

8. Importante:

- Adecuada hidratación durante – después del estudio (eliminación renal).
- Evitar el contacto estrecho con niños pequeños (<5 años) y mujeres embarazadas durante al menos seis días.

Si usted considera que el médico realizador de su prueba deba conocer algún dato clínico especial, le rogamos lo marque a continuación y se lo entregue a nuestro personal

.....

.....

.....

.....

CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

SERVICIO DE MEDICINA NU- CLEAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GAMMAGRAFÍA DE RECEPTORES DE LA SOMATOSTATINA



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 RECEPTORES DE LA SOMATOSTATINA 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