



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

### **GAMMAGRAFÍA DE MÉDULA SUPRARRENAL**

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

La gammagrafía de médula suprarrenal es un método diagnóstico de imagen que utiliza un trazador radiactivo para el estudio de esta parte de la glándula suprarrenal.

Técnica: consiste en la inyección intravenosa de un trazador radiactivo, en este caso MIBG marcado con yodo-131 o yodo-123, que se va a localizar de forma específica en médula suprarrenal. Tras la administración se procede a la obtención de imágenes con un intervalo de tiempo de espera que puede ser de 4, 24, 48 y 72 horas, dependiendo del tipo de trazador utilizado.

Es posible que se le recomiende la suspensión de algunos de los medicamentos que esté tomando que puedan interferir en la correcta realización de la exploración. Asimismo, se le proporcionará una medicación previa necesaria para esta prueba.

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 la localización de la médula suprarrenal, así como evaluar la existencia de alteraciones de su función y tumoraciones.

Se trata de una técnica sencilla, fácil de realizar, sensible, sin molestias para el paciente, que supone una baja dosis de radiación, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

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

Otras exploraciones de imagen complementarias, principalmente TAC y RMN.

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

Contribuir al diagnóstico, valoración pronóstica 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 y pronóstico incompletos ó incorrectos.

#### **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. Está también contraindicada en pacientes con alergia al yodo.

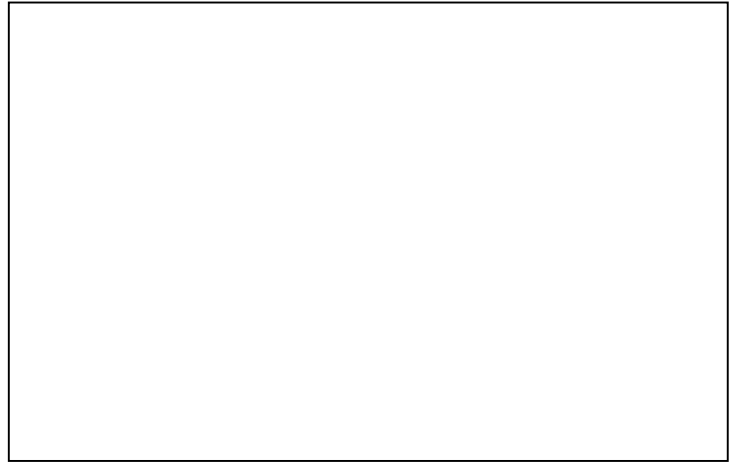
En caso de realizar la exploración a una mujer en periodo de lactancia, esta debe interrumpirse durante un periodo de tiempo que depende del tipo de trazador utilizado.

Debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y mujeres embarazadas durante el tiempo que le indique el especialista de medicina nuclear.

# CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

## SERVICIO DE MEDICINA NU- CLEAR

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GAMMAGRAFÍA DE MÉDULA SUPRA- RRENAL



**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 MÉDULA SUPRARRENAL 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