



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

GAMMAGRAFÍA TIROIDEA:

1. Identificación y descripción del procedimiento:

La gammagrafía tiroidea es un método diagnóstico de imagen que utiliza trazador radiactivo para el estudio de la glándula tiroides.

Técnica: consiste en la inyección intravenosa (en el caso de usar tecnecio-99m) o administración vía oral en forma de cápsula o solución (en casos de yodo-123 o yodo-131) del trazador radiactivo que se va a fijar en tiroides. Tras la administración se procede a la obtención de imágenes con un intervalo de tiempo de espera que depende del tipo de producto utilizado: tecnecio-99m, 30 minutos, yodo-123 horas y yodo-131, 24 horas.

Es posible que se le recomiende la suspensión previa de algunos de los medicamentos que esté tomando para que no interfieran en la exploración.

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 forma, estructura y localización de la glándula tiroides, así como evaluar la existencia y características de nódulos y de alteraciones en la capacidad de captación del trazador.

Se trata de una técnica sencilla, rápida, que no requiere preparación previa, sensible, sin molestias para el paciente, que supone una baja dosis de radiación para el paciente.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Otras exploraciones de imagen complementarias, principalmente ecografía.

4. Consecuencias previas de su realización:

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

5. Consecuencias previas de su no realización:

Retraso en el diagnóstico

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

Obtención de una diagnóstico incompleto o 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.

Si se utilizan trazadores radioactivos que contengan yodo, está también contraindicada en pacientes con alergia al yodo.

En caso de realizar la exploración a una mujer en período de lactancia, ésta debe interrumpirse durante un período de tiempo que depende del tipo de trazador utilizado. Durante el día de la exploración debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y mujeres embarazadas.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

SERVICIO DE MEDICINA NU- CLEAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GAMMAGRAFÍA TIROIDEA

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 TIROIDEA 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