



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

### **LINFOGAMMAGRAFÍA ISOTÓPICA:**

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

Técnica sencilla y no invasiva para valorar el sistema linfático. Permite valorar la causa linfática del linfedema, valorando presencia de flujo dérmico, asimetría-alteración en ganglios pélvicos/axilares, presencia de vías colaterales, visualización de ganglios intermedios (en tobillo, hueco poplíteo o en codo) y ausencia de migración.

La técnica consiste en la inyección intradérmica de dos dosis de <sup>99m</sup>Tc-nanocoloide en el primer y segundo espacios interdigitales de manos o pies, con posterior realización de imágenes precoces a los 20 minutos y tardías a las 2-3 horas.

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 causa linfática del linfedema.

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

Entre los estudios de imagen se incluye la Eco-doppler, la TAC y la RMN, siendo actualmente la linfogammagrafía la primera técnica utilizada para el diagnóstico de la patología.

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

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

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

Retrasar el diagnóstico.

#### **6. Riesgos frecuentes:**

Efectos adversos propios de una inyección intradérmica (hematoma en punto de inyección).

#### **7. Riesgos poco frecuentes:**

Reacciones alérgicas muy poco frecuentes y de bajo riesgo.

#### **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 LINFOGAMMAGRAFÍA ISOTÓPICA

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 **LINFOGAMMAGRAFÍA ISOTÓPICA** 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