

CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

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 un **SPECT CEREBRAL CON DATSCAN** y he comprendido adecuadamente la información de los procedimientos, beneficios y riesgos asociados a esta prueba.

Es un método diagnóstico por imagen que permite la valoración de los transportadores presinápticos de la dopamina, permitiendo valorar la disminución de terminaciones nerviosas dopaminérgicas funcionales en el cuerpo estriado, para el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson o parkinsonismos atípicos, permitiendo el diagnóstico diferencial con temblor esencial y secundario a fármacos.

Diagnóstico diferencial entre la demencia con cuerpos de Lewy y la Enfermedad de Alzheimer.

El paciente debe informar de los medicamentos que está tomando y es posible que se le indique que deje alguno de ellos 1 día antes de la prueba. Asimismo se le proporcionara una medicación previa necesaria para esta prueba.

Técnica: Se le inyecta por vía intravenosa un radiofármaco (I123-Ioflupano) y se realizara el Spect Cerebral a las 3-6 horas.

Previamente a la exploración, el personal del Servicio de Medicina Nuclear le informará del procedimiento y responderá a todas sus preguntas.

Se trata de un procedimiento sencillo, que supone una baja dosis de radiación inferior a otras técnicas diagnósticas.

Alternativas razonables a dicho procedimiento: El PET, TC y RM.

Riesgos frecuentes: Cefalea

Riesgos infrecuentes: Frecuencia no conocida: Hipersensibilidad

Raros: Aumento del apetito, mareo, hormigueo (parestesia), disgeusia, vértigo, náuseas, sequedad bucal, dolor en el punto de inyección (dolor intenso tras la administración a venas pequeñas)

Contraindicaciones: La exploración está contraindicada en las **mujeres embarazadas**.

La exploración está contraindicada **en alergia al yodo**.

La exploración está contraindicada en caso de **hipersensibilidad al principio activo** o alguno de sus excipientes.

La exploración está contraindicada **en insuficiencia renal y hepática severas**.

En caso de lactancia se debe retirar durante 3 días y sustituirla por leche artificial. Durante este tiempo, deberá extraerse la leche materna a intervalos periódicos y desecharse.

Debe evitarse el contacto estrecho con niños y embarazadas 48 horas tras la administración del radiotrazador.

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 DIAGNÓSTICO FUNCIONAL 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.