



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

SPECT CEREBRAL DE PERFUSIÓN:

1. Identificación y descripción del procedimiento:

Es un método de diagnóstico por imagen que se utiliza en el estudio de determinadas enfermedades neurológicas.

Técnica: se inyecta por vía intravenosa un trazador radiactivo (que podría ser HMPAO o bien ECD marcados con Tecnecio-99m), que se distribuye de forma proporcional al flujo sanguíneo cerebral, obteniéndose las imágenes topográficas hasta varias horas después de la inyección. Puede incluso estudiarse el efecto de distintos fármacos a nivel cerebral.

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. Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:

Determinar el estado de la perfusión cerebral, que puede alterarse en distintas enfermedades: demencias, enfermedad cerebrovascular, tumores, epilepsia...

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

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Es una de las técnicas de neuroimagen que complementa la información de la RM y del TC. En algunos casos proporciona una información única sobre el estado clínico del paciente.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Contribuir al diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuado del paciente.

Especialmente mejora el diagnóstico precoz de las demencias y las distingue de otros tipos de pérdida de memoria. Facilita la cirugía de focos epileptógenos. Completa el estudio de la enfermedad vascular cerebral.

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 o 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.

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 SPECT CEREBRAL DE PERFUSIÓN

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 DE PERFUSIÓN 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.