



## INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

### GAMMAGRAFÍA DE PARATIROIDES

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

La gammagrafía paratiroidea es un método diagnóstico de imagen que utiliza un trazador radiactivo para la localización de las glándulas paratiroides.

Técnica: consiste en la inyección endovenosa de un trazador radiactivo (MIBI- Tecnecio-99m ó Talio-201), tras lo que se procede a la obtención de imágenes en distintos tiempos, dependiendo del tipo de trazador utilizado.

No es necesaria ninguna preparación especial previa.

#### 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar.

Localización de paratiroides hiperfuncionantes (adenoma o hiperplasia).

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.

Previamente a la cirugía, ayuda a la localización de la lesión, acortando el procedimiento quirúrgico.

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

Otras exploraciones de imagen complementarias, principalmente ecografía, TAC y RM.

#### 4. Consecuencias previsibles a su realización:

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

Localización previa a cirugía, como guía del cirujano.

#### 5. Consecuencias previsibles a su no realización:

Retraso en el diagnóstico u obtención de un diagnóstico y pronóstico incompletos o incorrectos.

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

Obtención de un 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.

En caso de realizar la exploración a una mujer en periodo de lactancia, éste debe interrumpirse durante un periodo 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 NUCLEAR

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GAMMAGRAFÍA DE PARATIROIDES

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 PARATIROIDES 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

Le informamos que PROMOCIONES TECNICAS MÉDICAS, S.A tratará los datos personales facilitados, con la finalidad de gestionar la prestación del servicio médico requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del Centro. La base legitimadora para el tratamiento de datos es el cumplimiento de la relación contractual y el cumplimiento de obligaciones legales. Los datos que se le solicitan resultan necesarios, de manera que, de no facilitarlos, no será posible la prestación del servicio. 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. Asimismo, podrán cederse sus datos al Servicio Madrileño de Salud en los casos previstos legalmente, especialmente en supuestos de inspección sanitaria. Los datos serán conservados durante la relación contractual, y tras finalizar esta tras los periodos legalmente establecidos.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos en cualquier momento en la siguiente dirección acreditando debidamente su identidad: C/ General Arrando 30, Madrid; C.P. 28010, o bien a través de la siguiente dirección de e-mail [info@protecmesa.es](mailto:info@protecmesa.es). Igualmente puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de datos en [www.agpd.es](http://www.agpd.es) si entiende vulnerados sus derechos.