



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN PULMONAR.

1. Identificación y descripción del procedimiento:

La gammagrafía de perfusión pulmonar es un método diagnóstico de imagen que estudia la distribución del flujo sanguíneo arterial en los pulmones.

Consiste en la administración por vía intravenosa de un trazador radiactivo (macroagregados de albúmina marcados con Tecnecio-99m), obteniendo a continuación varias imágenes de los pulmones en distintas proyecciones, pudiendo obtenerse también un estudio tomográfico (SPECT), que consiste en múltiples imágenes realizadas alrededor de los pulmones, así como cuantificación de la contribución de cada pulmón a la función respiratoria, mediante procesado informático.

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:

El principal objetivo es el diagnóstico de la embolia pulmonar, donde es la técnica de elección y la más utilizada, aunque también se emplea en la valoración de otras enfermedades pulmonares, así como en la evaluación pulmonar previa antes de una intervención quirúrgica sobre el pulmón o antes de un trasplante pulmonar.

Se trata de un procedimiento muy sensible, que puede detectar lesiones antes de que puedan detectarse por otros métodos radiológicos, además de ser una técnica sencilla, rápida, que no requiere preparación previa, sin molestias para el paciente, fácil de realizar, que supone una baja dosis de radiación, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Radiología, angiografía, TAC, se pueden utilizar también, aunque algunos de estos métodos son menos sensibles, otros más agresivos y en general producen mayor irradiación al paciente.

4. Consecuencias de su realización:

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente

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 corto espacio de tiempo.

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 PERFUSIÓN PULMONAR

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 PERFUSIÓN PULMONAR 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
Nª Colegiado

2. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado con fecha dede 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
Nª 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. Igualmente puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de datos en www.agpd.es si entiende vulnerados sus derechos.