



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

GAMMAGRAFÍA DE RECEPTORES DE LA SOMATOSTATINA.

(Gammagrafía con ^{111}In -Octreotide ó ^{111}In -Pentetreotide, gammagrafía con análogos de la somatostatina, gammagrafía con $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -Tepreotide).

1. Identificación y descripción del procedimiento

-) La gammagrafía de receptores de la somatostatina es un método de diagnóstico por imagen que se utiliza en el estudio de extensión, valoración prequirúrgica, seguimiento y detección de recurrencias de determinados tumores, fundamentalmente gastroenteropancreáticos, pulmonares y enfermedades granulomatosas.
-) Se trata de un procedimiento sencillo, fácil de realizar, sin molestias para el paciente y útil en el diagnóstico y seguimiento de determinados tumores. Supone una baja dosis de radiación para el paciente, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

2. Técnica:

Tras la administración intravenosa de 5mCi de ^{111}In - Octreotide (dosis corregida según talla y peso en niños) se obtienen las imágenes planares y tomográficas a las 4 y 24 horas.

3. Contraindicaciones:

-) Alergia a Octreotide o cualquiera de los demás componentes.
-) Mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo/beneficio.
-) Insuficiencia renal moderada – severa.

4. Lactancia:

Retrasar el tratamiento hasta que termine la lactancia.

5. Preparación previa al estudio:

-) Dieta rica en fibra (laxante) desde un día antes de la prueba hasta el final de la misma (previa entrega de hoja informativa)
-) Es posible que su médico le recomiende la suspensión de algunos medicamentos que puedan interferir en la exploración.

6. Posibles reacciones alérgicas:

Rubor, calor, picor, náuseas....

8. Importante:

-) Adecuada hidratación durante – después del estudio (eliminación renal).
-) Evitar el contacto estrecho con niños pequeños (<5 años) y mujeres embarazadas durante al menos seis días.

Si usted considera que el médico realizador de su prueba deba conocer algún dato clínico especial, le rogamos lo marque a continuación y se lo entregue a nuestro personal

.....

.....

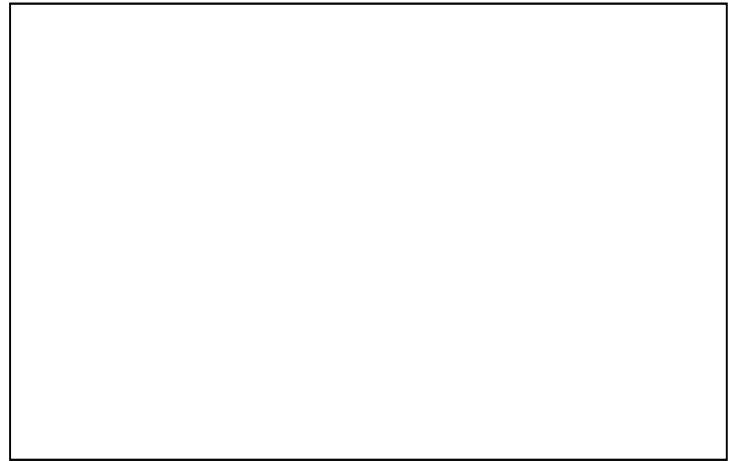
.....

.....

CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GAMMAGRAFÍA DE RECEPTORES DE LA SOMATOSTATINA



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 RECEPTORES DE LA SOMATOSTATINA 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 cesarse 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.