



## **INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **GAMMAGRAFÍA HEPATOBILIAR:**

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

La gammagrafía hepatobiliar es un método diagnóstico de imagen que utiliza trazadores radiactivos para el estudio de las enfermedades del hígado y de la vesícula biliar.

Técnica: se precisa de ayuno previo de unas 4 horas, tras las que se inyecta vía intravenosa un derivado del ácido iminodiacético, marcado con una sustancia radiactiva (Tecnecio-99m). Tras la administración del mismo, se procede a la obtención de forma continuada de imágenes durante un periodo de una o varias horas.

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:**

Detectar enfermedades del sistema hepatobiliar (hígado, vesícula y vías biliares), destacando la capacidad de valoración funcional de esta técnica.

Se trata de un procedimiento sencillo, fácil de realizar, sin molestias para el paciente y útil en el diagnóstico de alteraciones del hígado, vesícula y vías biliares.

Supone una baja dosis de radiación para el paciente, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

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

Otras técnicas de imagen como la ecografía, TAC o RM son complementarias a la gammagrafía hepatobiliar.

#### **4. Consecuencias previsibles de su realización:**

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

#### **5. Consecuencias previsibles de su no realización:**

Retraso en el diagnóstico.

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

Obtención de un diagnóstico incompleto ó 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, debe interrumpirla durante un corto espacio de tiempo.

Durante el día de la exploración debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y embarazadas.

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 HEPATOBILIAR

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 HEPATOBILIAR 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 concertos 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](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.