



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 NUCLEAR

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

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.