



INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

DETECCIÓN Y BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA:

1. Identificación y descripción del procedimiento:

Es un procedimiento útil en la evaluación y tratamiento inicial de algunos tumores de mama. Melanoma, y otros tipos. Intervienen de forma coordinada los especialistas de medicina nuclear, cirugía y anatomía patológica.

La función de la medicina nuclear es la de localizar el área inicial de drenaje linfático tumoral, que es un ganglio linfático. Posteriormente, este ganglio linfático es extraído por el cirujano gracias a la identificación del mismo mediante la técnica nuclear, para que el especialista en anatomía patológica lo estudie y valore si se encuentra afectado o está libre de células tumorales, en cuyo caso se evita la extirpación completa innecesaria de todos los ganglios.

La técnica consiste en la administración en la proximidad del tumor de una pequeña cantidad de trazador radiactivo, gracias al cual seremos capaces de poner de manifiesto cual es el ganglio linfático que debemos estudiar.

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:

Valorar de una forma adecuada y selectiva la afectación tumoral de los ganglios linfáticos, para evitar en el caso de que el ganglio centinela esté libre de células tumorales, la extirpación completa innecesaria de todos los ellos.

Es un procedimiento de gran sencillez y economía. Es una técnica muy sensible para detectar los ganglios linfáticos. Con una baja dosis de radiación inferior a la que proporcionan otros métodos diagnósticos, se puede estudiar el sistema de drenaje linfático, lo cual tiene gran interés para valorar la posible afectación por células tumorales de los ganglios de un modo selectivo y dirigido, evitando la extirpación completa de los ganglios linfáticos regionales.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Realizar el tratamiento quirúrgico convencional, que incluye la extirpación completa de todos los ganglios linfáticos regionales, estén afectados o no.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente, evitando en el caso que sea posible la extirpación completa de todos los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo vaciamiento ganglionar axilar en el cáncer de mama), disminuyendo la agresividad del acto quirúrgico y los posibles efectos secundarios.

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Extirpación completa de todos los ganglios linfáticos regionales, estén afectados o no.

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 DETECCIÓN Y BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA



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 **DETECCIÓN Y BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA** 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.