

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PET-TC (Tomografía por Emisión de Positrones con ¹⁸F-Colina y Tomografía Computarizada)

SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

Nº Historia clínica:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

NO DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad ni sobre la intervención que me van a realizar pero **SÍ DESEO QUE ESTA INFORMACIÓN** le sea proporcionada a mi familiar/tutor/representante legal.

Nombre y apellidos del familiar/tutor/representante legal:

DNI del familiar/tutor/representante legal:

Nombre y apellidos del paciente:

DNI

Firma

Fecha

De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre manifiesto mi "**DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO**" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento.

Nombre y apellidos del paciente:

DNI

Firma

Fecha

LEA CUIDADOSAMENTE ESTA INFORMACIÓN. SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO EN LA ÚLTIMA PÁGINA.

Descripción del procedimiento

La PET-TC es una técnica diagnóstica que combina una imagen PET (Tomografía por Emisión de Positrones) y una imagen TC (Tomografía Computarizada) en la misma exploración. La imagen PET ofrece información funcional a partir de la distribución de un radiofármaco en el interior del cuerpo mientras que la TC muestra las estructuras anatómicas.

Para realizar esta prueba el radiofármaco que se va a utilizar es colina marcada con Flúor-18 (¹⁸F-Colina), que permitirá estudiar el proceso patológico que usted padece.

La PET-TC es una técnica sencilla, indolora y segura, que no requiere hospitalización. Para la exploración deberá acudir en ayunas de al menos 4 horas, aunque sí debe tomar con agua su medicación habitual. Es conveniente acudir con ropa cómoda.

La ^{18}F -Colina le será inyectada en una vena periférica y la adquisición de las imágenes se iniciará inmediatamente después de la administración del radiofármaco, con varias series dinámicas sobre la pelvis y el abdomen. Posteriormente se adquiere un estudio de barrido corporal. La duración total de la exploración es de aproximadamente entre 75 y 90 minutos.

Precauciones después de la prueba

Es aconsejable que beba abundantes líquidos para facilitar la eliminación del radiofármaco.

Durante el resto del día, no deberá estar en contacto con niños o mujeres embarazadas.

Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

La PET-TC es una técnica muy útil para la detección precoz y localización de recidivas en pacientes con sospecha bioquímica de recurrencia del cáncer de próstata y en ocasiones resulta de gran valor para la estadificación inicial.

Una mejor detección del proceso patológico podría ayudar a mejorar el manejo terapéutico de su enfermedad.

Alternativas razonables al procedimiento

En la actualidad existen otras pruebas de imagen, como la gammagrafía ósea o la RM, que podrían realizarse para estudiar su enfermedad pero no aportan la misma información por lo que no resultan alternativas sino complementarias a la PET-TC.

Consecuencias previsibles de su no realización

Cuando la PET-TC está indicada, el no realizarla puede determinar una valoración diagnóstica o pronóstica de su enfermedad incorrecta o incompleta. El conocimiento erróneo o insuficiente de su enfermedad puede llevar a decisiones clínicas o terapéuticas no adecuadas.

En ocasiones, si no se realiza esta prueba puede ser necesario realizar otras exploraciones más agresivas o complejas para suplir la información que la PET-TC aportaría.

Riesgos y complicaciones del procedimiento

Existe una amplia experiencia en la utilización clínica de radiofármacos marcados con isótopos emisores de positrones sin que se hayan observado efectos secundarios. Usted no sentirá ninguna reacción adversa durante ni tras la exploración PET-TC.

La dosis de radiación empleada para realizar la PET-TC es baja, y siempre la mínima para obtener la información necesaria. En los varones no se ha demostrado que estos isótopos tengan ningún efecto a largo plazo sobre la fertilidad ni sobre la salud de los hijos que puedan tenerse después del procedimiento.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

Paciente: D./D ^a . DECLARO	con D.N.I.
Que he recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, y con antelación, del procedimiento que se me va a realizar, de sus riesgos y complicaciones. Que he recibido respuesta a todas mis preguntas y he comprendido adecuadamente todo lo anteriormente expuesto. Por todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice dicho procedimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.	
Firma del paciente	Fecha
Familiar/tutor/representante legal: D./D ^a . En calidad de	con D.N.I. DECLARO que he recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, y con antelación, del procedimiento que se le va a realizar al paciente. Por ello, expresamente DOY MI CONSENTIMIENTO para que se le realice dicho procedimiento.
Firma del representante legal	Fecha

Médico responsable: Dr. D/D ^a	, declaro haber informado al paciente y al familiar o tutor del mismo sobre el objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.
Firma del médico responsable	Fecha

Paciente: D./D ^a	con D.N.I.
REVOCO el consentimiento anteriormente dado por mí, para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco.	
Firma del paciente	Fecha
Familiar/tutor/representante legal: D./D ^a . con D.N.I.	
REVOCO el consentimiento anteriormente dado por mí, para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padece el paciente.	
Firma del familiar o tutor	Fecha

Paciente: D./D ^a .	con D.N.I.
DECLARO que he recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, y con antelación, del procedimiento que se me va a realizar, de sus riesgos y complicaciones. He recibido respuesta a todas mis preguntas y he comprendido adecuadamente todo lo anteriormente expuesto, pero he decidido NO AUTORIZAR que se me realice dicho procedimiento.	
Firma del paciente	Fecha
Familiar/tutor/representante legal: D./D ^a . En calidad de	con D.N.I. DECLARO que he recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, y con antelación, del procedimiento que se le va a realizar al paciente, pero he decidido NO AUTORIZAR que se le realice dicho procedimiento.
Firma del representante legal	Fecha