

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es una prueba diagnóstica para obtener información sobre la morfología y funcionamiento de su circulación cerebral. Se realiza en pacientes con enfermedades cerebrales vasculares o con sospecha de ellas. Permite obtener imágenes de las arterias de dentro y fuera del cráneo y sirve para detectar y valorar la existencia de lesiones de las mismas.

2. ¿Cómo se realiza?: Se realiza mediante la aplicación de sondas de ultrasonidos tanto en la región del cuello como en la cabeza. En algunos casos conviene usar un contraste salino con microburbujas de aire (para detección indirecta de patología cardíaca) que hay que inyectar en la vena. Cuando se exploran las arterias a través de la ventana orbitaria (el ojo) existen normas de seguridad biológica para evitar lesiones en la retina. Aproximadamente un 10% de personas tienen el hueso del cráneo tan grueso que no permite que pasen bien los ultrasonidos. En estos casos tenemos que utilizar un ecocontraste (microburbujas de hexafluoruro de azufre) con el cual podemos ver correctamente las arterias que antes no podíamos ver. También puede, en ocasiones, ser conveniente aplicar, por vía respiratoria, una mezcla de O₂ (oxígeno) con CO₂ (carbógeno) para medir la reactividad del lecho vascular cerebral.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** La ecografía es un método seguro y exento de riesgos.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** La utilización de sustancia de ecocontraste puede producir algunas molestias leves y sin efectos residuales, las más frecuentes cefaleas (dolor de cabeza 2.3%), dolor o quemazón en la zona de inyección (1.4%). Excepcionalmente, reacciones graves por alergia no conocida al contraste. El uso de carbógeno produce excepcionalmente molestias pasajeras tras la inhalación del gas que consisten en sensación de malestar, náuseas o reacción vagal, siempre de escasa importancia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: Obtener información sobre la morfología y funcionamiento de su circulación cerebral.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Puede resultar en un diagnóstico incompleto de su problema cerebro vascular y por tanto condicionar la toma de decisiones de tratamiento.

6. Alternativas: Esta exploración proporciona datos complementarios a las técnicas habituales (angioresonancia, angioTAC y arteriografía cerebral), siempre con menos riesgos y complicaciones.

7. Riesgos en función de su situación: Este contraste carece prácticamente de riesgo, aunque se utiliza con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca o que padecen galactosemia (enfermedad extremadamente rara que consiste en una alteración en el metabolismo de la galactosa). En el estado clínico del/de la paciente, los beneficios derivados de esta prueba superan los posibles riesgos, por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones el personal médico y de enfermería que le atienden está capacitado y dispone de medios para tratar de resolverlas.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

NEUROLOGIA

Doppler transcraneal y troncos supraaórticos

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado

de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento
 No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por _____ razones _____ personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda darme mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO: NO AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____