



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** L'estimulació magnètica transcranial (EMT) és una teràpia física no invasiva utilitzada per al tractament de diverses patologies psiquiàtriques (depressió, ansietat, estrès posttraumàtic, TOC). Aquesta tècnica ha sigut inclosa com a tractament de la depressió en guies clíniques rellevants, encara que amb percentatges d'efectivitat variable segons estudis.
- 2. Com es realitza?:** Consisteix en l'aplicació d'un estímul magnètic amb una bobina sobre la superfície del cuir cabellut que genera un corrent elèctric de baixa intensitat en l'escorça cerebral que actua i modula la transmissió neuronal. El tractament amb EMT es realitza amb un equip hospitalari d'estimulació. Existeixen diferents modalitats d'EMT que varien en la freqüència, tipus i nombre d'estímuls i duració de les sessions. Encara que el nombre de sessions és variable, solen ser necessàries entre 20-30 sessions amb freqüència diària (5 per setmana). Es realitzen en presència d'un tècnic/a, psiquiatre/a o infermer/a amb especialització en la tècnica. No requereix ingrés hospitalari, anestèsia, ni preparació especial. És recomanable beure aigua abans del procediment per a previndre el mal de cap.
- 3. Quins són els seus riscos?:** Els efectes secundaris derivats del tractament amb EMT solen ser lleus i ben tolerats.
 - **Riscos freqüents:** el més freqüent és el mal de cap. Poden produir-se a més molèsties en el cuir cabellut o contraccions facials durant el tractament que cessen quan finalitza.
 - **Riscos poc freqüents:** mareig, nàusees, insomni, dolor de coll, molèsties en les orelles (s'oferiran taps durant les sessions). Com a efectes secundaris greus existeix un risc de convulsió (0.1%-0.6%) o exaltació anímica (<1%).
- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** La millora clínica de la patologia que presenta.
- 5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Absència de millora clínica o benefici del tractament.
- 6. Alternatives:** Els tractaments alternatius a l'EMT en psiquiatria per a la patologia que pateix són l'ajust del tractament farmacològic, la psicoteràpia o la teràpia electroconvulsiva. Aquests tractaments i la seua indicació han de ser valorats pel seu psiquiatre/a de referència.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** L'EMT està contraindicada en pacients amb marcapassos i pròtesis cranials.

Ha d'informar el seu metge/essa si té antecedents de crisis d'epilèpsia. No existeix evidència suficient de la seua seguretat durant l'embaràs, per la qual cosa ha d'informar el personal tècnic de si existeix risc d'estar embarassada.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

PSIQUIATRIA
ESTIMULACIÓ MAGNÈTICA TRANSCRANIAL

DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT:
Núm. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment Per tant:

Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____, d _____ de _____

Pacient / Representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____, d _____ de _____

Pacient / Representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____, d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____