



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?

L'estimulació magnètica transcranial repetitiva, també coneguda com EMTr, és una tècnica que ens permet estimular el cervell sense necessitat d'obrir la pell, el pèl, etc.).

La EMTr es pot utilitzar tant per a fer diagnòstics del funcionament del seu cervell o dels nervis del seu cos, per a comprendre com l'activitat cerebral és diferent en determinades malalties (malaltia de Parkinson, malaltia d'Alzheimer, epilèpsia, etc.), com per a tractar determinades patologies en les quals el seu ús té evidència terapèutica i està aprovat (depressió, dolor, etc.).

2. Com es realitza?

Funciona de la següent manera: un/a metge/essa neurofisiòleg/òloga o un/a infermer/a de neurofisiologia, seguint les indicacions mèdiques, acosta sobre el cap un xicotet dispositiu anomenat bobina que, en estimular-se, crea un camp magnètic.

L'energia magnètica penetra en la zona del cervell seleccionada i crea un corrent elèctric que permet estimular o inhibir les zones del cervell seleccionades.

Probablement, es necessiten diverses sessions que poden durar des d'uns minuts fins a una o dues hores, en funció que se li apliquen polsos únics o múltiples polsos. El personal mèdic li indicarà en cada cas la duració estimada i si necessita algun mitjà auxiliar (capell per al cap, cinta, etc.).

3. Quins són els riscos?

Riscos freqüents: L'efecte secundari més freqüent és un mal de cap lleu, que es produeix durant la tècnica o fins i tot uns minuts després i, depenent de la zona estimulada, pot notar un discret moviment a la mà o a la cama que desapareix quan cessa l'estimulació.

Riscos poc freqüents: En algunes persones, i depenent del lloc d'estímul, poden sentir-se uns clics durant la tècnica; si són molestos, el personal li oferirà taps per a les orelles per a minimitzar aquest efecte. És molt lleu el risc d'aparició de crisis convulsives.

4. Conseqüències previsibles de la realització

L'EMTr es considera una tècnica segura i relativament indolora, amb la qual cosa no és previsible cap conseqüència important; no obstant això, els camps magnètics poden produir altres conseqüències com esborrament de targetes magnètiques, etc., que encara que molt poc probables, han de ser tingudes en compte abans de la realització i s'ha d'evitar dispositius sensibles a camps magnètics en la seua realització.

D'altra banda, com en qualsevol altra tècnica d'aquest tipus, les persones que porten marcapassos, epilèptiques, que prenguen medicació activa en el sistema nerviós central o que es troben en situacions clíniques similars, i les dones embarassades, hauran d'indicar-ho al personal mèdic abans de realitzar la petició de la tècnica.

5. Conseqüències previsibles de la no-realització

En cas de no realitzar-se, es perdria informació diagnòstica o possibilitats terapèutiques, que podrien ser necessàries.

6. Alternatives

Atés que aquesta tècnica ens permet estudiar o tractar zones del seu sistema nerviós que no és possible realitzar d'una altra manera, no existeixen altres alternatives raonables. No obstant això, serà el seu metge o la seua metgessa qui li indique si aquesta tècnica és adequada o no a l'objectiu diagnòstic o terapèutic que busca.

7. Riscos en funció de la situació específica

Com s'ha indicat més amunt, és molt important que indique al personal responsable de la tècnica si pateix alguna malaltia cardíaca, pulmonar, neurològica (epilèpsia, Parkinson, etc.), psiquiàtrica (depressió, etc.), la medicació que pren (especialment aquells fàrmacs actius sobre el sistema nerviós), si porta marcapassos o altres pròtesis metàl·liques o mecàniques, etc. És molt important que si està embarassada o pot estar-ho ho comuniqui al personal responsable de la tècnica.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**NEUROLOGIA. ESTIMULACIÓ MAGNÈTICA TRANSCRANIAL REPETITIVA /
NEUROLOGÍA. ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL REPETITIVA**

8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRONICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.
- He comprés la informació rebuda. / He comprendido la información recibida.
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma*: _____ Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma*: _____ Signatura / *Firma*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

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 l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / 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 dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.

Pacient o representant / *Paciente o representante*, d _____ de _____
Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma*: _____ Signatura / *Firma*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.