



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La estimulación magnética transcraneal (EMT) es una terapia física no invasiva utilizada para el tratamiento de diversas patologías psiquiátricas (depresión, ansiedad, estrés postraumático, TOC). Esta técnica ha sido incluida como tratamiento de la depresión en guías clínicas relevantes, aunque con porcentajes de efectividad variable según estudios.
2. **¿Cómo se realiza?:** Consiste en la aplicación de un estímulo magnético con una bobina sobre la superficie del cuero cabelludo que genera una corriente eléctrica de baja intensidad en la corteza cerebral que actúa y modula la transmisión neuronal. El tratamiento con EMT se realiza con un equipo hospitalario de estimulación. Existen distintas modalidades de EMT que varían en la frecuencia, tipo y número de estímulos y duración de las sesiones. Aunque el número de sesiones es variable, suelen ser necesarias entre 20-30 sesiones con frecuencia diaria (5 por semana). Se realizan en presencia de un técnico/a, psiquiatra o enfermero/a con especialización en la técnica. No requiere ingreso hospitalario, anestesia, ni preparación especial. Es recomendable beber agua antes del procedimiento para prevenir el dolor de cabeza.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los efectos secundarios derivados del tratamiento con EMT suelen ser leves y bien tolerados.
 - **Riesgos frecuentes:** el más frecuente es el dolor de cabeza. Pueden producirse además molestias en el cuero cabelludo o contracciones faciales durante el tratamiento que cesan cuando finaliza.
 - **Riesgos poco frecuentes:** mareo, náuseas, insomnio, dolor de cuello, molestias en los oídos (se ofrecerán taponos durante las sesiones). Como efectos secundarios graves existe un riesgo de convulsión (0.1%-0.6%) o exaltación anímica (<1%).
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría clínica de la patología que presenta.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Ausencia de mejoría clínica o beneficio del tratamiento.
6. **Alternativas:** Los tratamientos alternativos a la EMT en psiquiatría para la patología que padece son el ajuste del tratamiento farmacológico, la psicoterapia o la terapia electroconvulsiva. Dichos tratamientos y su indicación deben ser valorados por su psiquiatra de referencia.
7. **Riesgos en función de su situación:** La EMT está contraindicada en pacientes con marcapasos y prótesis craneales.

Debe informar a su médico/a si tiene antecedentes de crisis de epilepsia. No existe evidencia suficiente de su seguridad durante el embarazo, por lo que debe informar al personal técnico de si existe riesgo de estar embarazada.

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 NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. 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 dar 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: _____