

1. ¿Qué es? Es una prueba para el estudio del esqueleto basado en el depósito de determinados radiofármacos en la matriz mineral ósea según el recambio óseo normal.

2. ¿Cómo se realiza?

- Mediante la inyección intravenosa de un material radioactivo (trazador). Hay que procurar una adecuada hidratación del paciente previo al estudio isotópico. El paciente debe realizar una micción antes del procedimiento y después de la realización del mismo, con el objeto de reducir la irradiación sobre la vejiga.
- En la gammagrafía ósea dinámica el estudio comienza a adquirirse inmediatamente después de la inyección. En la gammagrafía ósea estática o en el Rastreo de Cuerpo Entero (RCE) se adquieren imágenes entre las 2 a 3 horas tras la inyección del trazador. En el caso de estudio de extremidades esperar un mínimo de 3 h tras la inyección.
- Durante el día de la exploración debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y mujeres embarazadas.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- Frecuentes. No descritos
- Infrecuentes. No descritos

4. Consecuencias previsibles de su realización: contribuir al diagnóstico, valoración pronóstica y tratamiento adecuado del paciente.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no conseguir los objetivos del punto 4.

6. Alternativas: otras exploraciones de imagen, como la TAC y RNM pueden ser complementarias.

7. Riesgos en función de su situación: la exploración está contraindicada en mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo/beneficio. En caso de realizar la exploración a una mujer en periodo de lactancia, esta debe interrumpirse durante un periodo de tiempo que depende del tipo de trazador utilizado.

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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
MEDICINA NUCLEAR
Gammagrafía Ósea

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

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

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO | <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS | <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO |

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

- REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____
- REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. 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