

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
MEDICINA NUCLEAR
PET-TAC con Flúor-18 FDG en Patología Benigna**

1. ¿Qué es? La tomografía por emisión de positrones (PET) es una técnica de diagnóstico por la imagen que utiliza moléculas marcadas con isótopos radioactivos emisores de positrones, siendo el trazador radiactivo más utilizado un derivado de la glucosa, la fluordesoxiglucosa marcada con Flúor-18 (FDG) que se puede utilizar para valoración de actividad de procesos inflamatorios o infecciosos. El objetivo de esta técnica es el diagnóstico, valoración del grado de extensión y respuesta al tratamiento de pacientes con patología inflamatoria o infecciosa. Es una técnica de gran utilidad en el diagnóstico de lesiones no bien definidas por técnicas radiológicas convencionales (RX, TAC, RNM).

2. ¿Cómo se realiza? El paciente acudirá en ayunas. Tras la inyección intravenosa del trazador radiactivo, el paciente permanecerá acostado, en reposo durante unos 60 minutos. Puede ser necesario la determinación de los niveles de glucosa en sangre o la administración de heparina sódica intravenosa. Trascurrido este tiempo se obtienen las imágenes del cuerpo entero, obteniendo tras procesado informático, imágenes tridimensionales de la distribución del trazador radiactivo en todo el organismo.

Es un procedimiento diagnóstico sencillo, fácil de realizar, muy sensible, sin molestias para el paciente, que supone una baja dosis de radiación, incluso inferior a otras técnicas radiológicas. 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. Asimismo, es muy eficaz en la valoración de la extensión. También permite evaluar la respuesta al tratamiento aplicado.

5. Consecuencias previsibles de su no realización.

- Retraso en el diagnóstico.
- Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.
- Obtención de un diagnóstico y pronóstico incompletos o incorrectos.

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, ésta 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
PET-TAC con Flúor-18 FDG en Patología Benigna**

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