

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es una prueba que sirve para estimular posibles restos de tejido tiroideo en algunos casos de cáncer diferenciado de tiroides y en pacientes a los/las que se les ha extirpado el tiroides, sin necesidad de retirar el tratamiento con hormona tiroidea, por lo que se evita la aparición de síntomas derivados del hipotiroidismo. Esto permite la medición de la tiroglobulina, un marcador tumoral que permite un seguimiento del proceso.

2. ¿Cómo se realiza?: la prueba se realiza mediante la inyección intramuscular de la hormona en la zona glútea durante dos días consecutivos, y se realizan extracciones de sangre antes y una o más veces después de la última inyección.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** náuseas, mareos, parestesias (sensación de hormigueo o acorchamiento en extremidades). En la zona de inyección: dolor, molestias, picor, sarpullido. Síntomas gripales como escalofríos y fiebre.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** cefalea (dolor de cabeza) (7%). Astenia (cansancio) (3%). Vómitos (2%). Urticaria y rash cutáneo (manchas con picor en la piel) (1%).

4. Consecuencias previsibles de su realización: el procedimiento permite el seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides y evita la retirada de la medicación con hormona tiroidea y, en muchas ocasiones, evita exploraciones más complicadas, como los estudios con yodo radiactivo.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: si no se realiza este procedimiento hay que recurrir a otros como la retirada del tratamiento con hormona tiroidea para poder realizar un seguimiento adecuado del/de la paciente que presentó cáncer diferenciado de tiroides.

6. Alternativas: la retirada del tratamiento con hormona tiroidea durante aproximadamente un mes, lo que conlleva la presentación de síntomas de hipotiroidismo.

7. Riesgos en función de su situación: debe advertirse por el/la paciente de la existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por la situación vital actual del/de la paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

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

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	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. 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: _____