



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica de Diagnóstico por Imagen, que utiliza los rayos X para obtener imágenes que, al ser valoradas, aportan información relevante para que el/la médico/a pueda tratarle.
2. **¿Cómo se realiza?:** En las exploraciones con rayos X un haz de radiación ionizante incide sobre la paciente y plasma una imagen en la película radiográfica (radiografía convencional) o activa unos detectores (radiografía digital) para producir una imagen de la zona estudiada.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Se le ha indicado un procedimiento en el que se utilizan rayos X conociendo que está usted embarazada. Su médico/a ha justificado la realización del estudio basándose en que los beneficios que se obtienen superan ampliamente a los posibles perjuicios que le pueda ocasionar ya que no hay técnicas alternativas igual de eficaces para un buen diagnóstico.

En estas exploraciones, las dosis fetales típicas son bajas como son las radiografías simples de cráneo, tórax, columna cervical y dorsal, extremidades, abdomen, pelvis, cadera y mamografía. Las radiaciones ionizantes pueden producir efectos en el embrión o feto que dependen del tiempo de gestación, y de la dosis de radiación recibida. Estos efectos pueden aparecer también de forma natural o inducidos por otros factores.

En el procedimiento que se le va a realizar la dosis recibida es muy baja y el riesgo de aparición de efectos radio-inducidos es despreciable.

Durante la realización del estudio se adoptarán todas las medidas de protección radiológica necesarias para minimizar la exposición de la paciente.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La obtención de información que su médico ha considerado imprescindible para su diagnóstico y tratamiento.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** De no realizarse supondría conocimiento insuficiente de la enfermedad con los riesgos que esto conlleva.
6. **Alternativas:** Se han valorado otras posibles alternativas, pero no proporcionan la información diagnóstica necesaria.
7. **Riesgos en función de la situación de la paciente:** No existen otros factores a considerar distintos de las radiaciones ionizantes.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

RADIOLOGÍA

RADIOGRAFÍAS EN PACIENTES EMBARAZADAS

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 e 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: _____

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