



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** És una tècnica de diagnòstic per imatge que utilitza els raigs X per a obtenir imatges que, en ser valorades, aporten informació rellevant perquè el/la metge/essa puga tractar-la.
- 2. Com es realitza?:** En les exploracions amb raigs X, un feix de radiació ionitzant incideix sobre la pacient i plasma una imatge en la pel·lícula radiogràfica (radiografia convencional) o activa uns detectors (radiografia digital) per a produir una imatge de la zona estudiada.
- 3. Quins són els riscos?:** Se li ha indicat un procediment en el qual s'utilitzen raigs X coneixent que està vosté embarassada. El seu metge/essa ha justificat la realització de l'estudi basant-se en el fet que els beneficis que s'obtenen superen àmpliament als possibles perjudicis que li puga ocasionar, ja que no hi ha tècniques alternatives tan eficaces per a un bon diagnòstic.

En aquestes exploracions, les dosis fetals típiques són baixes, com són les radiografies simples de crani, tòrax, columna cervical i dorsal, extremitats, abdomen, pelvis, maluc i mamografia. Les radiacions ionitzants poden produir efectes en l'embrió o fetus, que depenen del temps de gestació, i de la dosi de radiació rebuda. Aquests efectes poden aparèixer també de manera natural o induïts per altres factors.

En el procediment que se li realitzarà, la dosi rebuda és molt baixa i el risc d'aparició d'efectes radioinduits és menyspreable.

Durant la realització de l'estudi, s'adoptaran totes les mesures de protecció radiològica necessàries per a minimitzar la seua exposició.

- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** L'obtenció d'informació que el seu metge/essa ha considerat imprescindible per al seu diagnòstic i tractament.
- 5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Si no es realitza, tindriem un coneixement insuficient de la malaltia, amb els riscos que això comporta.
- 6. Alternatives:** S'han valorat altres possibles alternatives, però no proporcionen la informació diagnòstica necessària.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** No existeixen altres factors a considerar diferents de les radiacions ionitzants.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

RADIOLOGIA

RADIOGRAFIES EN PACIENTS EMBARASSADES

DECLARACIO D' INFORMACIO I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS		NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT.
Núm. *SIP	DOMICILI (CARRER/PLAZA, NUMERO I PORTA)			CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC	

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat q u e en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment, Per tant :

Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ de de. _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ *dede _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AI DRET D'INFORMACIÓ.

Manifest que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i exprés el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ *dede _____

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

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 AUTORIZITZE:

Pacient / el seu representant: Professional sanitari/a:

Signatura: Signatura: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoque el Consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / el seu representant: Professional Sanitari/a:

Signatura: Signatura: _____

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