



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Es una técnica de diagnóstico por imagen en la que se combinan los rayos X y sistemas informáticos para obtener imágenes de la zona estudiada. Estas imágenes pueden a su vez ser procesadas y valoradas por médicos/as especialistas en radiología, proporcionando valiosa información que ayudará a descartar o confirmar enfermedad y a precisar su tratamiento.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** La paciente se tumba en la camilla móvil del escáner (TAC), que se irá desplazando dentro de un anillo corto. Un haz de radiación incide sobre la paciente y posteriormente sobre un anillo de detectores. Mediante un complejo sistema de computación se procesa la información que reciben los detectores, obteniéndose las imágenes y otros datos de gran utilidad. La tecnología de los TAC actuales permite obtener imágenes de gran calidad en un tiempo corto y con protocolos que reducen la radiación recibida. Con frecuencia se emplea la inyección de un contraste intravenoso con la finalidad de delimitar mejor las estructuras y reconocer la enfermedad.
- 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. Empleamos protocolos de estudio con TAC optimizados al máximo para que el nivel de radiación sea el más bajo posible sin perder información diagnóstica. Durante la realización del estudio se adoptarán todas las medidas de protección radiológica necesarias para minimizar su exposición. 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 podrían consistir en un aumento muy discreto del riesgo de desarrollo de malformaciones, que pueden aparecer también de forma natural o inducidos por otros factores. En el procedimiento que se le va a realizar la dosis recibida es baja y el riesgo de aparición de efectos radio inducidos es despreciable.
A veces para obtener más información, es necesaria, la administración intravenosa de medios de contraste, que pueden provocar reacciones:
 - Mayoritariamente de tipo **leve**, aunque en ciertos casos pueden tener mayor trascendencia. Las características consisten en efectos desagradables como **sensación de calor, mal sabor de boca, náuseas, vómitos, picores o urticaria**. No precisan tratamiento y se corrigen, fácilmente, con la medicación adecuada.
 - Las reacciones **graves** se corrigen con tratamiento más complejo y pueden causar daños. Dentro de ellas se incluye **dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal o pérdida de conciencia**. La posibilidad de una reacción de este tipo es del orden del 0,04% (cuatro de cada diez mil pacientes).
 - Las complicaciones mortales son absolutamente excepcionales. Su posibilidad es de 1 por cada 100.000 – 150.000 exploraciones. La posibilidad es todavía mucho menor en menores por no haber sensibilización previa.
 - Otras complicaciones poco frecuentes consisten en la aparición de un hematoma en la zona de la punción o la extravasación (la salida del contraste inyectado a los tejidos blandos que rodean la vena). Estas complicaciones suelen resolverse sin complicaciones en unos días.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** La obtención de información que su médico/a ha considerado imprescindible para su diagnóstico y tratamiento. Ayuda a la toma de decisiones y ofrece datos para una perfecta planificación de los abordajes quirúrgicos. Reduce la estancia hospitalaria y evita otro tipo de investigaciones más complejas y/o agresivas.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Necesidad de realizar exploraciones más agresivas o complejas. De no realizarse supondría conocimiento insuficiente de la enfermedad y los riesgos que esto conlleva.
- 6. Alternativas:** En determinadas circunstancias puede ser más eficaz la ecografía, la resonancia magnética, la medicina nuclear, el Doppler o la radiografía simple. La decisión acerca de la técnica adecuada la valorará su médico/a.
- 7. Riesgos en función de su situación:** En los estudios en que es necesaria la inyección de contraste es importante que advierta, antes de realizarse la prueba, si en algún estudio previo tuvo alguna reacción al contraste. También debe comunicar alergias, e informar de enfermedades que padezca.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

RADIOLOGÍA

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN PACIENTES EMBARAZADAS ESTUDIOS DE BAJA DOSIS

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