

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON ADENOSINA / DIPIRIDAMOL SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA Y DE MEDICINA NUCLEAR

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:

NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "**MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO**" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento

NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La gammagrafía miocárdica es una prueba de diagnóstico que permite estudiar el funcionamiento de la circulación en las arterias del corazón (arterias coronarias). Se realiza después de la inyección de una sustancia especial (Radiofármaco) y de la administración de un medicamento (Adenosina/Dipiridamol) que aumenta la cantidad de sangre que circula por el corazón (por las coronarias).

Los radiofármacos son sustancias que se fijan por un tiempo en el corazón, que producen una pequeña radiación y que puede ser medida por una cámara especial (gammacámara) para obtener una imagen del riego sanguíneo en el músculo cardíaco.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El objetivo es intentar tener una idea mas aproximada de la circulación de la sangre en el musculo cardíaco, de forma que al encontrar zonas con peor circulación, podemos sospechar que existe mas riesgo de infartos.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La alternativa mas parecida es la Prueba de Esfuerzo, pero se supone que en su caso existe alguna dificultad para realizársela, puesto que suele esta suele ser la primera opción. Además la Prueba de Esfuerzo posiblemente tenga aún mas riesgo.

Otra alternativa sería la aortografía coronaria o cateterismo cardíaco, pero este además de llevar un riesgo mayor se emplea para ver la anatomía de las lesiones, no indica si el musculo esta vivo, ni si funciona su metabolismo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

El radiofármaco es una pequeña fuente de radiación, pero la dosis que usted recibe es menor que la de una exploración radiológica. Los efectos secundarios son excepcionales ya que las dosis utilizadas son muy pequeñas.

Durante la prueba puede sentir algunas molestias como sensación de falta de aire, enrojecimiento, dolor de

cabeza y dolor de pecho. Generalmente estas molestias son leves y desaparecen solas en pocos minutos.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

De manera excepcional puede ocurrir una alteración del ritmo cardíaco mas grave (arritmia) que suele ser transitoria y muy raramente requiere tratamiento.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Después de la prueba es conveniente no tener muy cerca (en los brazos o sobre las rodillas) niños pequeños durante el resto del día.

Estas sustancias se eliminan a través de la leche materna y pueden perjudicarles para el lactante. Si está dando de mamar debe decírnoslo.

CONTRAINDICACIONES

El estudio esta contraindicado en caso de embarazo por lo que debe comunicárnoslo inmediatamente y antes de iniciar la prueba, la posibilidad del mismo o incluso la simple existencia de retraso en el su ciclo menstrual habitual.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA