



CONSENTIMIENTO INFORMADO - MEDICINA NUCLEAR

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de.....

Yo,.....,

documento de identidad número por la presente declaro que el/la Dr./a

....., autorizado para actuar en la Fundación Favaloro para la

Docencia e Investigación Médica (la Fundación Favaloro), me ha explicado que, según la indicación del médico solicitante,

corresponde realizar a mi persona el estudio

Este procedimiento consiste en la obtención de imágenes del órgano o sistema a estudiar en un tomógrafo especial que se denomina cámara gamma. Para ello es necesario administrar a mi organismo bajas dosis de una sustancia radiactiva unida a un fármaco (radiofármaco) que seguirá una vía metabólica específica, que serán diferentes según el órgano que se desea estudiar, lo cual brindará información acerca de la anatomía y la función.

Los radiofármacos emiten radiaciones ionizantes lo que implica la exposición a dichas radiaciones, por lo cual en caso de ser yo una mujer fértil, manifiesto no encontrarme embarazada ni presumir encontrarme en tal condición.

Se me ha explicado el propósito y el procedimiento del estudio y sé también, que si bien los beneficios esperados superan ampliamente los riesgos, existe la posibilidad, aunque con una baja frecuencia, de presentar reacciones adversas menores o graves durante el procedimiento o en horas siguientes a éste. Entre tales reacciones adversas se encuentran:

- hematomas o inflamación en el sitio de punción, para lo cual deberé aplicar hielo sobre la zona y consultar al servicio de Medicina Nuclear o a un servicio de urgencia médica.
- reacciones de hipersensibilidad a alguno de los componentes del fármaco.

Autorizo, por tanto que, ante la aparición de alguna de estas complicaciones, el médico a cargo del estudio decida realizar todo procedimiento urgente que sea, a su criterio, necesario para tratar de solucionar tal complicación y/o a internarme en el Hospital Universitario de la Fundación Favaloro o a trasladado a una institución adecuada a mi estado de salud, en caso que fuera necesario.

Reconozco que no se me han dado garantías o seguridades respecto de los resultados que se esperan del procedimiento.

Se me ha explicado que las alternativas de diagnóstico son la ecografía, la tomografía computada, la resonancia magnética nuclear o la angiografía, las cuales muchas veces aportan información complementaria y no constituyen estudios mutuamente excluyentes.

El médico informante me explicó que con este estudio se espera arribar a un diagnóstico, descartar diagnósticos diferenciales, calificar y/o cuantificar un daño conocido así como también evaluar la respuesta a la terapéutica médica realizada.

El médico informante ha respondido todas mis preguntas y aclarado todas las dudas que he planteado. He recibido información clara y precisa, y por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, comprendo la naturaleza y evolución de mi enfermedad, el propósito, procedimiento del estudio, las alternativas existentes, como así también los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y reacciones.

En tales condiciones, autorizo a realizar en mí el estudio.....

.....
Nombre del paciente

.....
Firma del paciente (sólo para adolescentes)

.....
Nombre o sello del médico informante

.....
Firma del médico informante

Se hace saber al/a la paciente que los datos contenidos en el presente se encuentran protegidos por la Ley Nro. 25.326, Dto. Reglamentario Nro. 1558/2001.