



Osakidetza

**SAN ELOY OSPITALEA
HOSPITAL SAN ELOY**

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nº Historia:

CIC

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS

Exploración solicitada:

INFORMACION

Usted va a someterse a una exploración radiológica solicitada por su médico. Esta prueba utiliza **radiación ionizante**, en forma de rayos X, para proporcionar una información diagnóstica que nos ayudará a identificar y tratar mejor su enfermedad

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS.

Al realizarse la prueba, recibirá una dosis de radiación que conlleva un cierto riesgo. En general, las dosis de radiación recibidas en este tipo de pruebas no representan ningún peligro significativo para la salud del feto, siendo los riesgos asociados a la prueba mucho menores que el riesgo natural de que aparezca alguna alteración. Sin embargo, existe la posibilidad, aunque pequeña, de provocar mediante la radiación los siguientes daños:

- Aborto, malformaciones orgánicas y disminuciones del coeficiente intelectual o del crecimiento.- Según los conocimientos actuales, y debido a que las dosis utilizadas en las pruebas radiológicas están muy por debajo del umbral peligroso, la probabilidad de que esto ocurra se considera prácticamente nula.
- Un incremento sobre la probabilidad natural de padecer cáncer en la infancia. La posibilidad de una alteración de este tipo es muy baja. Para la mayoría de las radiografías es inferior a uno de cada varios miles de fetos.
- Enfermedades genéticas hereditarias.- La posibilidad de una alteración de este tipo es todavía más baja.

Las posibilidades de que su hijo disfrute de una vida sana son prácticamente iguales a las de cualquier niño en condiciones semejantes.

Si después de leer detenidamente este informe desea alguna aclaración, por favor, no dude en preguntar a su médico o al radiólogo.

BENEFICIOS.

Los derivados del estudio necesario para su diagnóstico y tratamiento.

Si decide realizarse el estudio propuesto debe saber que se efectúa con equipos calibrados periódicamente y utilizados por personal cualificado que intentarán minimizar la exposición a las radiaciones, protegiendo su cuerpo en la medida de lo posible. Le informamos que SOLO se le realizarán las radiografías indispensables.

ALTERNATIVAS

Aunque en determinados casos pueden existir procedimientos diagnósticos alternativos que no precisan la exposición a los rayos X, la información que se obtiene puede ser menor.

En su caso particular se ha considerado que esta es la prueba diagnóstica más adecuada, pero como alternativa se le ofrecen las siguientes posibilidades:

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informada, por el médico, de los aspectos más importantes de la prueba y/o procedimiento que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada actuación y de las alternativas a esta técnica. Estoy satisfecha de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que se me asignará el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la actuación, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, doy mi **CONSENTIMIENTO** para que se me realice la prueba y/o procedimiento arriba descrito, así como para que durante el mismo, el/la facultativo tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la realización, el/la facultativo encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma de la paciente

Firma del médico

Fdo.: _____

Fdo.: _____ N° col.: _____

D/D^a _____ con D.N.I. nº _____
y en calidad de _____, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: _____

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma de la paciente, tutor o
familiar

Fdo.: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Ley Orgánica para la Protección de Datos de Carácter Personal

OSAKIDETZA, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informa que los datos personales que Vd. aporta en este acto como consentimiento de la prueba y/o procedimiento arriba descrito, serán incluidos en el fichero GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS, cuya finalidad es la ASISTENCIA SANITARIA y su órgano responsable es la GERENCIA DEL HOSPITAL SAN ELOY. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente y Usuario (S.A.P.U) del Hospital San Eloy en la siguiente dirección: Avda. A. Miranda, 5 (48902 – Barakaldo).