

## CONSENTIMIENTO PARA MEDICINA NUCLEAR

.....; ...../...../.....

1 - Yo .....(poner el nombre completo del paciente), por la presente autorizo al Dr./a ..... y a su equipo técnico a realizarme una práctica diagnóstica conocida como ....., que se realizará en .....(consignar el nombre completo del establecimiento asistencial), la cual fuese indicada por mi médico, Dr./a .....

2 - La práctica enunciada en el punto 1º me ha sido totalmente explicada por el **Médico Especialista en Medicina Nuclear y/o Médico que correspondiere**, por lo que entiendo la naturaleza de la misma y estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha entregado un formulario explicativo, conjuntamente con las instrucciones de preparación para el estudio, y se me ha brindado también la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados.-----

3 - El agente de material radioactivo, se administra por medio de una pequeña aguja que se inserta en el vaso sanguíneo del brazo y/o por vía oral/ celular subcutánea / y otras vías.-----

4 - Las prácticas del ítem 3) son realizadas por profesionales idóneos y, habitualmente, no presentan mayores riesgos. No obstante ello en algunos casos pueden producirse **daños en los nervios, venas, arterias y/o piel y tejido subcutáneo vecinos a la zona inyectada**.-----

5 - En el supuesto caso de que resulte necesario, doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada bajo la dirección del Médico Especialista, por anestesista por él seleccionados y a usar dichas anestésicos como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.-----

6 - La sustancia a utilizar en el presente estudio es (indicar cuál es la utilizada):

- \* **MATERIAL RADIOACTIVO**
- \* **DIPIRIDAMOL**
- \* **DOBUTAMINA-DINITRATO de ISOSORBIDE**
- \* **OTRAS SUSTANCIAS:**

Las reacciones que pueden presentarse ocasionalmente con el agente no radioactivo utilizado son los siguientes.....

7 - Si como consecuencia de la administración de dichas sustancias, se produjeran reacciones y/o complicaciones, autorizo al personal auxiliar, técnico y médico de esta Institución a realizar todas las prestaciones que consideren oportunas y necesarias para la resolución del problema.-----

8 - Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-patológicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.-----

9-He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizado al especialista a realizarme la práctica mencionada.-----

Firma del paciente: .....

Aclaración:.....

Documento: .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....