



## Formulario de Consentimiento Informado para Tomografía por Emisión de Positrones con F18-Flúor Desoxiglucosa y Tomografía Computarizada con uso de medios contrastados intravenosos (PET CT 18F- FDG)

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>Establecimiento de salud</b>                            | <b>Servicio</b>              |
| <b>Nombre de la persona usuaria</b>                        | <b>N.º de Identificación</b> |
| <b>Edad</b>  | <b>Sexo</b>                  |
| <b>Nombre del profesional que informa</b>                  | <b>Código profesional</b>    |
| <b>Nombre del profesional que realiza el procedimiento</b> | <b>Código profesional</b>    |

Este documento sirve para que usted dé su consentimiento. Eso significa que usted entiende el procedimiento y sus posibles complicaciones y nos autoriza a realizarlo. Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

### Descripción del procedimiento:

A usted se le realizará una tomografía por emisión de positrones (PET por sus siglas en inglés) que consiste en obtener imágenes interiores del cuerpo para diagnosticar cáncer, enfermedades del corazón y del sistema nervioso, entre otras. Se trata de un estudio metabólico que requiere la administración de una sustancia radioactiva de glucosa en la vena de su brazo llamada F18-Flúor Desoxiglucosa (18F-FDG), que detecta anomalías en las células de su cuerpo.

Asimismo, se le hará una tomografía computarizada (TC) que requiere utilizar un medio de contraste (sustancia para facilitar la observación de órganos o tejidos) que también se aplica en la vena del brazo.

Después de la inyección de la sustancia radioactiva de glucosa “F18-Flúor Desoxiglucosa (18F-FDG)” usted debe mantenerse en reposo -sentado o semisentado - durante aproximadamente una hora, mientras esta se distribuye por el cuerpo. Después de ese tiempo se le pedirá que pase al lugar donde está el equipo para tomar las imágenes, donde deberá permanecer acostado boca arriba, por un periodo de 20 a 30 minutos. Durante el estudio, el imagenólogo (persona encargada de tomar las imágenes) que realiza el examen podrá hablar con usted, escucharlo, observarlo, esto para guiarlo, según sea necesario. Usted podrá consultarle en caso de duda o si siente algo inusual. Una vez finalizado el estudio usted puede regresar a sus actividades habituales, salvo que el médico le de otra indicación. Con la excepción de las inyecciones en la vena, por lo general, el examen es indoloro.

### Objetivo y beneficios esperables:

Este estudio permitirá realizar el diagnóstico, conocer el nivel de avance (estadio) y clasificar su enfermedad, valorar la reaparición de esta y decidir el tratamiento que se le brindará; así como, darle seguimiento y control.

### Alternativas disponibles:

No se dispone de otras pruebas de imágenes que aporten la misma información que el PET-CT, pero existen estudios complementarios, que podrían realizarse para estudiar su enfermedad. (El profesional de salud deberá



informarle y anotar en el apartado “Observaciones” sobre otros estudios complementarios que se pueden realizar; o en su defecto, indicarle que no se dispone de estudios complementarios).

### Consecuencias previsibles:

Cuando la PET-CT está indicada, el no realizarla puede resultar en una valoración incorrecta o incompleta de su enfermedad, lo que puede llevar a decisiones clínicas o de tratamiento no adecuadas. En ocasiones, si no se realiza este procedimiento puede ser necesario realizar otras exploraciones para obtener la información que el PET-CT aportaría, de las cuales el médico le informará.

### Riesgos:

El medio de contraste que se le inyecta puede ocasionar algunos efectos adversos como los siguientes:

- Riesgos leves: brotes en la piel o dificultad respiratoria leve. Estos efectos son pasajeros y se presentan con mayor frecuencia en las personas que padecen alergias, asma o urticarias.
- Riesgos más graves: dificultad para respirar moderada o grave, crisis de asma o reacción alérgica severa (shock anafiláctico).

Durante la toma de las imágenes, usted puede experimentar miedo a sentirse encerrado (claustrofobia).

Los riesgos graves son poco frecuentes, pero es importante informarle sobre ellos y que conozca que si alguno aparece el hospital está preparado para atenderle adecuadamente.

### Riesgos personalizados:

El profesional le explicará y anotará en el espacio “Observaciones” sus condiciones médicas, psicológicas o sociales que generen algún riesgo adicional para la realización del PET-CT.

### Información de interés:

Adicionalmente es importante que conozca la siguiente información:

- Antes del examen:
  - Asegúrese de haber cumplido con las instrucciones de preparación para el estudio.
  - Recuerde notificar al profesional de salud sobre las enfermedades que padece, las alergias y los medicamentos que toma, para que implemente las medidas necesarias para proteger su salud.
  - Informe si está embarazada o presume estarlo.
  - Informe si se encuentra en periodo de lactancia materna.
  - Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con el procedimiento que se le propone.
- Después del examen:
  - Evite durante 4 horas después de finalizada la prueba: el contacto con menores de edad y con mujeres embarazadas.
  - Evite durante 4 horas después de finalizada la prueba: la lactancia materna, en caso de extraerse leche durante este periodo debe desecharla.
  - Tome abundante agua para facilitar la eliminación de la glucosa radioactiva a través de la orina.

### Dudas:

El profesional responderá y anotará en el espacio “Observaciones” las preguntas que usted tenga.

**Observaciones:****Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:**

Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas, me han aclarado las dudas y conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

**De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:**

| ¿Acepta someterse al PET-CT 18F- FDG recomendado?   |                | (SI)           | (NO)  |
|---|----------------|----------------|-------|
| _____   | _____          | _____          | _____ |
| Firma o huella de la persona usuaria  | Fecha          | Hora           |       |
| _____   | _____          | _____          | _____ |
| Firma del representante (si procede)  | Fecha          | Hora           |       |
| _____   | _____          | _____          | _____ |
| Firma del profesional que informa   | Fecha          | Hora           |       |
| _____   | _____          | _____          | _____ |
| Firma del profesional que realiza el procedimiento  | Fecha          | Hora           |       |
| <b>En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)</b>  |                |                |       |
| _____   | _____          | _____          | _____ |
| Nombre del testigo  | Firma o huella | Identificación | Fecha |
| _____   | _____          | _____          | _____ |
| Nombre del testigo  | Firma o huella | Identificación | Fecha |
| <b>En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)</b> |                |                |       |
| He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado.                      |                |                |       |
| _____   | _____          | _____          | _____ |
| Nombre de la usuaria  | Firma o huella | Identificación | Fecha |