

Consentimiento informado del tratamiento ablativo de restos tiroideos con radioyodo

Nombre del paciente:

Nombre del médico que le informa:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

En relación a la enfermedad tiroidea que padece es conveniente someterse a tratamiento con yodo radiactivo mediante una dosis oral.

Para ello, es necesario su ingreso en el Hospital, a fin de llevar a cabo unas medidas de aislamiento que no sometan a riesgos innecesarios a las personas que convivan con Vd., al personal del Hospital y al medio ambiente. Todo esto se consigue mediante el ingreso en habitaciones especialmente preparadas para este fin.

Durante su ingreso, debe permanecer en aislamiento parcial, no pudiendo salir de la habitación excepto en situaciones especiales. Deberá utilizar ropa del Hospital. Utilizará el material que se le proporcione siguiendo las instrucciones del personal de la planta. No debe sacar nada de la habitación sin consentimiento del personal. Puede utilizar cualquier aparato eléctrico o mecánico (teléfono, máquinas de afeitar, ordenador etc.).

Por su seguridad, en la habitación de terapia metabólica de nuestro Hospital, a excepción del aseo, disponemos de un circuito cerrado de televisión por el que en todo momento permanecerá bajo la supervisión del personal sanitario.

Deberá beber abundantes líquidos durante los días inmediatos al tratamiento. Deberá tomar caramelos ácidos para evitar la inflamación de las glándulas salivares.

Este tratamiento **está contraindicado en mujeres embarazadas**. Si Vd. lo está o cree que puede estarlo no debe recibir este tratamiento, poniéndolo en conocimiento de su médico responsable. Las mujeres en periodo de lactancia deben suprimir la misma.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento con yodo puede producir efectos menores de forma inmediata, como dolor de garganta, modificaciones en la voz (disfonía), dolor e hinchazón de glándulas salivares, molestias gástricas, náuseas, vómitos, dolor de cabeza y alteración en la percepción de los sabores. Todas estas molestias son transitorias y desaparecen rápidamente, aunque la disminución del gusto puede durar algunos meses.

Se estima que los riesgos a largo plazo son mínimos en relación al beneficio que puede obtener con este tratamiento. Pueden aparecer algunas alteraciones sanguíneas leves, y los estudios realizados no han demostrado aumento significativo de las alteraciones graves con la dosis que se le va a administrar.

Aunque los efectos de la radiación en el feto no están totalmente constatados, se aconseja en caso de la mujer no quedarse embarazada al menos en 6 meses después del tratamiento y, en caso del varón, evitar la procreación en los 6 meses siguientes al mismo.

ALTERNATIVAS

De acuerdo con la evidencia científica, no hay otro tratamiento que el que se le propone para su proceso.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARO, que he sido informado por el médico D. de los riesgos de este tratamiento y tras haber leído este documento firmo como conforme:

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__