

Tratamiento con MIBG-I 131

Nombre del paciente:

Nombre del médico que le informa:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se administra de manera intravenosa una dosis adecuada de MIBG-I131. En su caso particular se le administrarán.....MBq.

Con el objeto de evitar el vertido de yodo radioactivo que Ud. eliminará por la orina y para evitar la irradiación innecesaria de personas que le rodean, deberá estar ingresado durante unos días hasta que la dosis residual sea la adecuada según la normativa vigente para darle el alta.

Durante ese periodo se limitarán las visitas, y no podrá abandonar la habitación.

En ocasiones una sola dosis no es suficiente para conseguir el objetivo deseado, por lo que cabe la posibilidad de administrarle una segunda dosis valorada en próximas revisiones.

La infusión del radiotrazador durará alrededor de 60 min.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Existe la posibilidad de aparición de taquicardia e hipertensión y dolores abdominales fácilmente controlables.

A los dos o tres días de la administración del radiofármaco puede experimentarse sensación nauseosa con vómitos ocasionales.

En el caso de tratamiento en mujeres en edad fértil deberán tomarse medidas anticonceptivas, al menos tres meses después de la administración de la dosis. El embarazo es una contraindicación absoluta para la aplicación de este tratamiento. En caso de lactancia ésta será suprimida.

Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que Ud. padece, puede presentar las siguientes complicaciones:.....

ALTERNATIVAS

Cirugía y/o quimioterapia.

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 del procedimiento 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__