



**Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal**

Quedo informad@, según lo establecido en la Ley 15/1999 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, de que mis datos personales serán incluidos en un fichero cuyo titular y responsable es **RADIOLOGÍA CLÍNICA VIZCAYA, S.L.**

Otorgo mi consentimiento expreso para tratar mis datos de salud y la toma de imágenes de exploración, como paciente, con la finalidad de gestión y desarrollo de los distintos servicios médicos de PET-TAC y me ofrezcan la mejor asistencia.

Asimismo, autorizo el envío del informe médico al Servicio Vasco de Salud Osakidetza y a la compañía de seguros correspondiente en caso de que fuera necesario, así como al resto de clínicas colaboradoras que conforman el Grupo Scanner (Centro de Scanner de Vizcaya, S.A., Clínica Vicente San Sebastián TC 64, S.L., Centro de Diagnóstico San Juan de Dios, S.A., Centro de Diagnóstico Virgen Blanca, S.A., Radiología Clínica Vizcaya, S.L., Centro de Diagnóstico Durango, S.L. y Resonancia Magnética Bilbao, S.A.). El objetivo de estas comunicaciones será el de poder llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento con mayor corrección.

**RADIOLOGÍA CLÍNICA VIZCAYA, S.L.** garantiza la absoluta confidencialidad de los datos personales de los pacientes que constan en sus ficheros informáticos y en papel, y que el uso de estos se ajustará siempre a las directrices fijadas por la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

En el momento que lo desee podré ejercitar mis derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación de los datos, según lo establecido en la legislación sobre Protección de Datos, solicitándolo formalmente en Secretaría o dirigiendo un escrito a **RADIOLOGÍA CLÍNICA VIZCAYA, S.L.** Calle Ballets Olaeta 4. CP: 48014 Bilbao (Bizkaia).

**FIRMA DEL PACIENTE INFORMADO**

D./Dña ..... D.N.I. ....

**ID:** \_\_\_\_\_

**Nº PET:** \_\_\_\_\_

**NOTA INFORMATIVA PET 18FDG  
PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

**RADIOLOGÍA CLÍNICA VIZCAYA, S. L.**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_



## HOJA INFORMATIVA

La **Tomografía por Emisión de Positrones (PET-TAC)** es una avanzada técnica de diagnóstico por imagen que permite y aporta una valiosa información en el campo de la oncología mediante el estudio del metabolismo celular y permitiendo el diagnóstico precoz de malignidad, estudio de extensión, valoración de respuesta terapéutica y detección de recidiva en una gran variedad de tumores. También tiene utilidad en procesos no oncológicos.

El día de la exploración deberá acudir en **AYUNAS** de **6 horas y habiendo bebido al menos MEDIO litro de agua durante este tiempo, pudiendo orinar cuantas veces se quiera**. En caso de ser diabético, alérgico a algún medicamento o, si es usted mujer y cree estar embarazada, o se encuentra en periodo de lactancia, deberá consultar con el personal del servicio de Medicina Nuclear antes de recibir la dosis del radiofármaco.

La **PET-TAC** es una prueba no invasiva y de uso ambulatorio. Es relativamente cómoda y exenta de riesgos. La duración media de la exploración es de **2 HORAS**. Tras la inyección del contraste esperará alrededor de una hora en una sala individual para que la glucosa se distribuya adecuadamente por todo el cuerpo.

No se han descrito reacciones adversas al radiofármaco que se administra. La dosis de radiación recibida es mínima y similar a la de otras exploraciones de diagnóstico clínico por imagen (inferior a una exploración de TAC o Scanner).

### DESPUÉS DE LA PRUEBA

Una vez finalizada la exploración deberá beber abundante cantidad de líquidos para favorecer la eliminación del contraste durante el resto del día.

Durante el día de la prueba se recomienda evitar el contacto directo con mujeres embarazadas o niños en edad de crecimiento.



## HOJA DE ENFERMERÍA

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**PESO:** \_\_\_\_\_ **ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**MEDICACIÓN HABITUAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OPERACIONES RECIENTES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**QUIMIOTERAPIA: FECHA ÚLTIMO CICLO:** \_\_\_\_\_

**RADIOTERAPIA: FECHA ÚLTIMA SESIÓN:** \_\_\_\_\_

**LESIONES OSTEO-MUSCULARES, CONTRACTURAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEMIA-SANGRADOS RECIENTES:** \_\_\_\_\_

**COLOSTOMÍAS:**  **UROSTOMÍA:**  **ESTOMAS:**

**PRÓTESIS:** \_\_\_\_\_ **IMPLANTES:**

**CÁNULAS:**  **MARCAPASOS:**  **RESERVORIO:**

**HERNIAS:** \_\_\_\_\_

**¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE PUEDA ESTAR EMBARAZADA?** \_\_\_\_\_

**¿ESTÁ USTED EMBARAZADA?** \_\_\_\_\_

**FECHA ÚLTIMA MESTRUACIÓN:** \_\_\_\_\_