



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)

1.- IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El electroencefalograma es una prueba que permite registrar la actividad eléctrica de su cerebro. Se realiza colocando en la cabeza un gorro con electrodos que se conectan a un aparato. Es necesaria la aplicación de un gel conductor y la raspadura de la zona de cuero cabelludo donde se sitúa cada electrodo mediante una aguja estéril y roma.

Para hacer la prueba es necesario:

- No tomar estimulantes durante el día (café, té, colas, etc.) ni bebidas alcohólicas.
- Venir aseado y sin laca en el pelo, ni otros productos similares.
- Tomar su medicación habitual.

2.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

El EEG se utiliza para evaluar diversos tipos de trastornos neurológicos que afectan a la actividad cerebral. La prueba permite distinguir entre diversas patologías y puede ayudar a escoger el tratamiento más adecuado para su enfermedad.

3. - ALTERNATIVAS

En su caso particular se ha considerado que ésta es la prueba diagnóstica más adecuada y no existen otras pruebas alternativas que permitan estudiar la actividad eléctrica cerebral.

4.- RIESGOS - COMPLICACIONES

Generalmente, no se producen complicaciones. Es una prueba que puede hacerse a cualquier persona, de cualquier edad y en cualquier situación. Ocasionalmente, en algunas personas con piel sensible, los electrodos o su colocación pueden producir pequeñas erosiones en el cuero cabelludo.

5.- RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA PERSONAL

Otros riesgos o complicaciones que puedan aparecer teniendo en cuenta sus circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:

.....

En su situación clínica actual, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que sea practicada.

**** El día de la exploración deberá traer esta hoja de consentimiento, así como sus informes médicos, estudios de imagen y electroencefalogramas previos si los tiene.**

Antes de firmar este consentimiento, si desea que le facilitemos más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Doña.....doy mi consentimiento para que me sea realizado un electroencefalograma (EEG).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar debidamente informado/a. Habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr.....

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado una decisión libre y voluntaria.

En.....a.....de.....de 2.....

TESTIGO

PACIENTE

MÉDICO

D.N.I.:

D.N.I.:

Dr.:

Fdo.:

Fdo.:

Colegiado nº

Fdo.:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Doña.....revoco el consentimiento prestado en fecha.....de.....de 2.....manifestando de forma libre y consciente mi denegación/revocación, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En.....a.....de.....de 2.....

TESTIGO

PACIENTE

MÉDICO

D.N.I.:

D.N.I.:

Dr.:

Fdo.:

Fdo.:

Colegiado nº

Fdo.: