

Autorización para tratamiento con ^{131}I de hipertiroidismos

Nombre del paciente:

Nombre del médico que le informa:

El hipertiroidismo significa función aumentada de la glándula tiroides, es decir, produce más hormonas de las que necesita el organismo.

Cuando el tratamiento médico con pastillas no se tolera (o es ineficaz) está indicado el tratamiento con ^{131}I (yodo radiactivo).

La administración de este yodo es por vía oral, habitualmente en una cápsula; y como es radiactivo ha de seguir, durante unos pocos días, unas normas que se le darán por escrito cuando lo tome.

Riesgos del procedimiento

- Intolerancia de estómago, leve y pasajera, relativamente rara.
- Hipertiroidismo pasajero, de rebote, que puede manifestarse en los días posteriores a la toma del yodo radiactivo. Habitualmente, para evitarlo, se recomienda mantener el tratamiento médico con Sumial y/o consultar a su endocrinólogo por si fuera necesaria alguna medicación adicional (probablemente dosis pequeñas de corticoides).
- Reacción alérgica al yodo, si se desconoce su existencia o no se informó al médico.
- Hipotiroidismo secundario (función baja del tiroides), es un riesgo muy dependiente de cada paciente, que se trata de reducir con la información que aportan las exploraciones previas.

Posibles alternativas para este tratamiento

- Cirugía.

Contraindicación absoluta del tratamiento con 131-I

- En mujeres embarazadas o que sospechen estarlo.

Contraindicación relativa

- Alergia conocida al yodo. Si no hubiera otra alternativa al tratamiento con yodo radiactivo, el paciente debería someterse a un tratamiento previo de desensibilización.

DECLARO, que he sido informado por el médico D. de los riesgos de la exploración y habiendo leído la presente firmo como **CONFORME:**

Fdo.: Fdo.: Dr/Dra.

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc).

Firma: D.N.I.:

En a, de de 200

NO AUTORIZO/REVOCO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fdo.: Paciente Fdo.: Médico Fdo. Representante legal

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc).

Firma: D.N.I.:

En a, de de 200