

CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. MAMOGRAFIA.

INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

¿En qué consiste? Se trata de unas radiografías digitales específicamente diseñadas para los estudios de la mama.

¿Qué molestias puede provocar? En los equipos actuales la compresión sobre la mama es perfectamente tolerable.

¿Qué riesgos puede ocasionar? Se le ha indicado un procedimiento en el que se utilizan rayos X, es decir, radiaciones ionizantes, para poder obtener la imagen las dosis empleadas son las mínimas

El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es menor del 0,5% por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer en la población, que es del 33% para mujeres y del 50% para hombres.

(Sociedad Americana del Cáncer. Sociedad Española de Radiología Médica SERAM).

Los rayos X pueden ser perjudiciales para el desarrollo del feto por lo que pueden estar contraindicados, en el caso de embarazo. Si está o cree que puede estar embarazada, por favor, comuníquese al técnico que le atenderá.

C.S MAMOGRAFIA Ed. ABR - 2022

RELLENAR POR EL PERSONAL TECNICO DE RESONA.

▪ ¿Existen lesiones visuales? _____

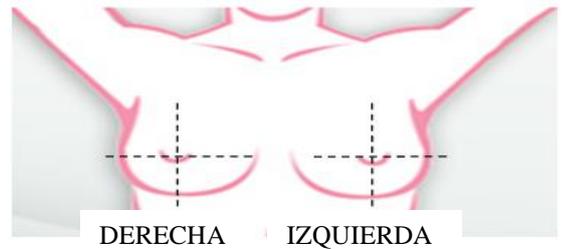
En caso afirmativo sitúala en el gráfico

▪ ¿La paciente se palpa alguna lesión? _____

En caso afirmativo sitúala en el gráfico.

▪ *Comentarios de las lesiones:* _____

▪ ¿Los estudios Previos, son de Resona u otro centro? _____ ¿Qué Centro? _____



PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web www.resona.es

PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

MAMOGRAFIA

Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.

Lugar: C/ Españoleto Nº 24 (Entrega).

Horario: De lunes a viernes de **11 a 14 y de 17 a 20 h.**

TLF.- 91 3084088

Consulta de resultados resona.resultados@resona.es

Visite nuestra WEB: www.resona.es

MAMOGRAFIA

Toda la información que pueda aportarnos será muy útil, para la realización del informe de su prueba. Ante cualquier duda o información adicional, no dude en hacérselo saber a nuestro personal que va a realizarle la prueba.



INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA:

- ¿Hay antecedentes en su familia de tumores mamarios? _____. En caso afirmativo indique el parentesco _____
- Fecha última Mamografía: _____
- Motivo de la Mamografía a realizar:
 - Revisión anual.
 - Revisión semestral.
 - Lesión palpable de nueva aparición.
 - Otras (indique las causas).
- ¿Toma algún tratamiento hormonal o lo ha tomado en los últimos 6 meses: _____. En caso afirmativo indique ¿qué tipo? _____
- Cirugía previa de la mama. _____. ¿Lleva prótesis? _____. En caso afirmativo Indique la mama, _____ fecha _____ y tipo _____ de cirugía _____
- ¿Está dando el pecho? _____
- ¿Padece alguna alergia? _____. En caso afirmativo, indique cual. _____
- ¿Está tomando medicación anticoagulante o antiagregante (sintrom, clopidogrel, aspirina, heparina)? _____
- ¿Sufre enfermedad cardiopulmonar? _____
- ¿Está siguiendo algún tratamiento con medicación? _____. En caso afirmativo, ¿qué medicación? _____

CONTRAINDICACIONES PARA LA PRUEBA:

- ¿Puede estar usted embarazada? _____. En caso afirmativo debe usted saber que la prueba está contraindicada en su estado, por lo que ha de comunicarlo al personal de esta clínica y consultar posibles alternativas con su médico.

El abajo firmante declara que, los datos que ha consignado son ciertos y que se ha puesto a su disposición, en el reverso de esta hoja, información escrita sobre la prueba que se va a realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales y de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autoriza a RESONA el uso de las imágenes de sus estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** _____ **DNI.** _____
O REPRESENTANTE LEGAL

Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del Paciente o Representante Legal:

Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y firmará esta hoja, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./Dª _____ con DNI _____ AUTORIZO a D./Dª _____ con DNI _____ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del paciente _____

Firma de la persona que recoge el estudio _____