

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
A REALIZACIÓN DE VÍDEO-FILMACIÓN**

Descrición do procedemento, obxectivos do procedemento e beneficios que se esperan

A vídeo-filmación de imaxes é un método útil para o estudo dos problemas clínicos dos pacientes permitindo o rexistro dos comentarios do paciente mentres se realiza a gravación das imaxes.

Esta técnica permite ademais a análise máis detallada da sintomatoloxía e a avaliación da evolución da sintomatoloxía e da enfermidade, ben pola súa evolución temporal ou polas modificacións debidas ao tratamento.

Por outra banda, os datos gravados poden ser analizados e discutidos con outros expertos noutros actos científicos, conferencias e congresos, facilitando non só un mellor coñecemento da enfermidade senón tamén a recollida de ideas novas acerca da patoloxía para analizar. Ademais, a posibilidade de recoller en imaxes os diferentes datos dun paciente é de gran utilidade para a formación doutros profesionais e para a docencia da medicina.

Outras consideracións

As imaxes e comentarios reproducidos serán utilizados exclusivamente nos estudos médicos e garántese que se preservará a súa identidade no anonimato en todo momento incluíndo os datos nunha base de datos cuxo responsable é

Así mesmo, garántese o cumprimento de todas as medidas de seguridade que esixe a normativa actual e presérvase a posibilidade de revogar este consentimento exercitando os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición á difusión e emprego das imaxes en calquera momento e sen necesidade de ningunha explicación.

Riscos en función da situación clínica persoal

Outros riscos que poderían aparecer, dada a súa situación clínica e as súas circunstancias persoais son.....

Tras considerar os pros e os contras do procedemento que lle propoñemos, solicitamos o seu consentimento para a realización da referida técnica. O seu médico comprométese a adoptar as medidas oportunas no caso de que se produza algún tipo de complicación. Se despois de ler este documento queda algunha dúbida, non deixe de realizar as preguntas que considere oportunas.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA A REALIZACIÓN DE VÍDEO-FILMACIÓN

NOME DO PACIENTE:

Nº Historia:

ENDEREZO DO PACIENTE (ou representante legal):

.....

.....

Fun informado de forma satisfactoria polo Dr/Dra.

adscrito á Unidade/Servizo de

os seguintes puntos: que é, como se realiza, para que serve, beneficios, riscos, complicacións e alternativas ao procedemento.

Nome do paciente: DNI/Pasaporte:	Nome do médico: DNI/Pasaporte:
	Num. de colexiado:
Sinatura do paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura do médico Data:

REVOGACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA A REALIZACIÓN DE VIDEO-FILMACIÓN

D. / D ^a .:	
con DNI / Pasaporte nº	
D. / D ^a .:	
con DNI / Pasaporte nº	
como representante e/ou titor do paciente	
REVOGO o consentimento prestado o día de de 2....., e non desexo proseguir o tratamento proposto, que dou por finalizado nesta data.	
Sinatura do paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura do médico Data: