

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MEDIO DE CONTRASTE

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Su médico le ha solicitado un examen radiológico conocido como Scanner o Tomografía Computada, con la finalidad de obtener información en imágenes de distintos órganos o estructuras de su cuerpo, para definir si presenta alguna alteración o compromiso por su enfermedad. La Tomografía computada es un procedimiento de diagnóstico por imágenes, en el cual una máquina de Scanner, utilizando Rayos X, podrá visualizar determinados segmentos de su cuerpo, sin tocarlo ni causarle daño. La dosis de radiación que recibirá se considera no peligrosa y su uso en diagnóstico se remonta a principios del siglo XX.

Algunos exámenes de Tomografía computada requieren la administración de medio de contraste a través de una vena, por lo general del antebrazo. Esto con la finalidad de realzar vasos sanguíneos y poder definir de mejor manera las alteraciones que pudieran observarse en distintos órganos o tejidos. Los medios de contraste contienen yodo y pueden desencadenar en algunas personas susceptibles, algunas reacciones adversas, por lo que es necesario tomar todas las precauciones para que ello no ocurra o se minimicen sus efectos. Las reacciones adversas por lo general ocurren en forma inmediata y cualquier molestia que sienta durante el examen deberá comunicarla al personal de la unidad para disponer las medidas necesarias. Las reacciones adversas a los medios de contraste ocurren con poca frecuencia y los pacientes pueden experimentar enrojecimiento de la piel, aparición de ronchas y picazón, dolor abdominal o mareos, náuseas y vómitos, pudiendo en casos severos presentarse alza o baja de presión, convulsiones, shock anafiláctico y paro cardio-respiratorio.

Para evitar la ocurrencia de estas reacciones adversas debe advertir al personal de la unidad antes de realizarse su examen:

- Si Ud. es alérgico a cualquier sustancia, medicamento o alimento.
- Si es asmático.
- Si ha presentado previamente reacciones adversas a medios de contraste.

Potenciales riesgos:

- Presentar una reacción adversa al medio de contraste endovenoso.

Contraindicaciones:

Los medios de contraste no deben administrarse a pacientes portadores de Insuficiencia Renal, que no se encuentren en un programa de diálisis, en pacientes con Insuficiencia cardíaca descompensada, Hipertiroidismo descompensado, o Diabetes en tratamiento con hipoglicemiantes como la Metformina. Si usted presenta alguna de estas enfermedades, comuníquelo al personal de la Unidad antes de efectuarse su examen.

Si Ud. Se encuentra embarazada o sospecha que puede estarlo también comuníquelo al personal.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud o la de mí representado. El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente. Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de Rechazo o revocación de consentimiento informado

3. DECLARO

Por el presente documento declaro que el profesional me ha dado a conocer y me ha explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Tomografía computada de: _____

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y consiento la administración de medio de contraste endovenoso.

4. CONSIENTO

En Los Andesde..... del 201.....

RUN. Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL TECNOLOGO MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. Firma Tecnólogo Médico.....