

Consentimiento **Informado**



Nombre del Paciente:

D.N.I. Nº:

Domicilio:

ESTUDIO RADIOLÓGICO CON CONTRASTE IODADO ENDOVENOSO

Usted se va a efectuar un examen: para el cual se le deberá inyectar un líquido de contraste denominado Medio de Contraste Radiológico Iodado, necesario para su realización. Dicho estudio ha sido solicitado por el/la Dr./a: una vez que evaluó los riesgos/beneficios de su realización.

El **OBJETIVO** de esta exploración es valorar radiológicamente la estructura y función de una parte de su organismo. Para ello es necesario utilizar la inyección de una sustancia que contiene yodo en una vena. Tras la inyección del contraste se realizarán exploraciones radiológicas, en función de las necesidades de la prueba. Esto nos permite analizar las posibles patologías que usted sufre y llegar a un diagnóstico correcto.

Esta sustancia puede, en ocasiones, producir reacciones no deseadas, que se dividen en leves, moderadas y severas. Afortunadamente, el número de éstas es muy escaso, pero no existe la forma de detectarlo por anticipado. Existen otras alternativas a este procedimiento, aunque creemos que ésta es la que nos da mayor información para su diagnóstico. Las alternativas son generalmente la ecografía o la radiología sin contraste intravenoso. Dado que en la actualidad no se dispone de ninguna prueba o test científicamente aceptado en cuanto a su credibilidad, que permita detectar la ocurrencia de reacciones adversas al Material de Contraste Radiológico Iodado, se estima inoperante su realización.

Se le pedirá la ingesta previa de un corticoide o antihistamínico para evitarlas, o por lo menos mitigarlas.

El médico que realizará la inyección conoce los síntomas y está preparado para su tratamiento.

Se aclara que el examen ha sido y es corriente en la práctica médica, y de él se obtendrá información valiosa sobre su estado de salud.

Reacciones leves: 1 a 10% de pacientes: Estado nauseoso, calor y urticaria

Reacciones graves: 0.1 % de pacientes: Hipotensión, asma bronquial, edema laríngeo.

Se han detectado decesos, alrededor de 0.0005%

Declaro que

- Se me han expuesto otras alternativas y he tenido la posibilidad de negarme a que se me realice la prueba tanto ahora como en cualquier momento del estudio siendo mi consentimiento absoluta y totalmente revocable. La suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante.
- Que he leído o me ha sido leído esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.
- Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.
- Que debido a que ciertas características físico químicas de estas sustancias en personas susceptibles, alérgicas, asmáticas, cardíacas, renales o hepáticos aumentan la probabilidad de aparición de los efectos adversos y con el objetivo de elegir el medio de contraste a utilizar más adecuado y de esta manera aumentar seguridad de su empleo se me solicitó que previamente complete bajo juramento la planilla que figura al pie y cumpla con las prescripciones que antes y después del estudio efectúen los profesionales intervinientes. Sé que las respuestas solicitadas pueden provocar la postergación o suspensión del procedimiento.
- Por este acto se deja constancia que recibo un segundo ejemplar del actual consentimiento informado.
- El presente Consentimiento fue redactado en la sede de la Institución Médica y será guardado y resguardado por ésta durante el plazo de ley la que a su vez se constituye en su depositario.

	SI	NO
1- ¿Tiene Ud. antecedentes de reacciones a medios de contraste iodado administrados por vía endovenosa?	()	()
2- ¿Tiene insuficiencia cardíaca y/o enfermedad coronaria severa?	()	()
3- ¿Tiene insuficiencia renal?	()	()
4- ¿Tiene asma o severos antecedentes alérgicos?	()	()
5- ¿Tiene disfunciones tiroideas severas?	()	()
6- ¿Tiene Miastenia Gravis, Mieloma u otras mielopatías?	()	()
7- ¿Tiene diabetes?	()	()

Observaciones

Fecha: **Hora:**

Nombre y Firma del médico que informa:

Firma de la paciente o persona autorizada: