

INFORMACIÓN SOBRE LOS ESTUDIOS CON MEDIOS DE CONTRASTE YODADOS

La administración de medios de contraste yodados se emplea para el diagnóstico de diversas enfermedades en estudios tales como TOMOGRAFÍA COMPUTADA, UROGRAMA EXCRETOR, ARTERIOGRAFIA, FLEBOLOGRAFÍA CATETERISMO, etc. para lo cual se administra por vía intravascular sustancias yodadas. Generalmente estos procedimientos no ocasionan daño al enfermo. Sin embargo como cualquier medicamento pueden producir efectos secundarios que generalmente son pasajeros (cefaleas, urticaria, náuseas, estornudos, papulas). Raramente producen hipotensión, palpitaciones, agitación y excepcionalmente síntomas graves (convulsiones, falta de aire, coma, para cardíaco, óbito). Estas reacciones adversas son debidas a múltiples causas no todas bien conocidas y que son motivo de investigación. Actualmente no se dispone de pruebas que puedan predecir con exactitud la posibilidad de presentación de estas reacciones y no existen personas sin riesgo de padecerlas. No obstante existen pacientes que están más predispuestos a tener reacciones para lo cual se adjunta a este informe un cuestionario que deberá ser completado por los pacientes, a los que se les indique procedimientos diagnósticos con estos medios de contraste, o por los responsables a cargo de los mismos.

CUESTIONARIO PARA UTILIZACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE YODADOS

Nombre y apellido del paciente _____

Estudio solicitado _____

Médico solicitante _____

Paciente { Ambulatorio _____
Internado (Lugar de procedencia) _____
Urgencia (Lugar de procedencia) _____

	SI	NO
1). ¿Ha realizado previamente estudios con contraste endovenoso (E.V.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2). ¿Presentó reacción adversa a medios de contraste yodados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3). ¿Padece de enfermedades cardíacas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4). ¿Padece de enfermedades hepáticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5). ¿Padece de enfermedades renales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6). ¿Padece de enfermedades alérgicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7). ¿Padece de asma bronquial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8). ¿Está Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9). ¿Comió algo en las seis (6) últimas horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MEDIOS DE CONTRASTE YODADOS

YO, _____ D.N.I. Nº _____

en mi calidad de _____ (poner vinculo con el paciente) de _____

(nombre y apellido del paciente), D.N.I. Nº _____ autorizo a realizar estudio de TOMOGRAFÍA COMPUTADA

CON CONTRASTE ENDOVENOSO (E.V.) solicitado por el médico trante, Dr./a _____

He sido informado que la inyección E.V. del contraste yodado necesario para la realización de este estudio puede ocasionar al paciente reacciones adversas leves (náuseas, urticaria, estornudos, cefalea) que desaparecen en pocos minutos y no requieren tratamiento.

También se me informó que con menos frecuencia pueden aparecer alteraciones del ritmo cardíaco e hipotensión y con menos frecuencia aún reacciones severas (convulsiones, fallo cardiovascular severo, óbito).

Comprendiendo el procedimiento diagnóstico solicitado, acepto se realice al paciente, TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON CONTRASTE ENDOVENOSO y autorizo a los médicos de "Tomografía Computada S.E." a tomar las medidas que crean oportunas para tratar posibles reacciones adversas que me han sido explicadas.

Firma del Paciente

Aclaración

Tipo y Nº de Documento

Firma del Responsable o Representante del paciente

Aclaración

Tipo y Nº de Documento