

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMENES DE TAC
QUE REQUIEREN USO DE MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO**

Información al paciente

Estimado Paciente:

Para una mejor evaluación de su estado de salud, su médico tratante le ha solicitado la realización de un examen llamado Tomografía Computada (CT). Éste será realizado por un **TECNICO RADIOLOGO** e informado por un Médico Radiólogo.

A fin de aumentar la eficiencia de este examen, es necesaria la utilización de un líquido llamado **MEDIO DE CONTRASTE** que es administrado por vía endovenosa. Por lo tanto, previo al inicio del examen, el profesional a cargo puncionará uno de sus brazos por donde se administrará posteriormente el medio de contraste.

El medio de contraste es un **líquido a base de yodo** que normalmente produce durante su administración una **sensación de calor**, principalmente a nivel de la garganta y la vejiga, que desaparece una vez terminada su administración.

En algunos pacientes es posible la aparición de otros tipos de **reacciones leves**, similares a una alergia, tales como: náuseas, urticaria, etc. Estas manifestaciones permanecen durante un corto tiempo, siendo factibles acelerar su desaparición a través de la administración de antialérgicos.

En casos muy aislados pueden ocurrir **reacciones más severas** como: disminución de la presión arterial, urticaria severa, arritmia cardíaca, etc.

CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes con **antecedentes previos a reacciones alérgicas al medio de contraste iodado**,
- Pacientes con **Insuficiencia Renal Aguda o Crónica**
- Pacientes con **Tasa de Filtración Glomerular mayor a 40 ml/min.**
- Pacientes sometidos o que se someterán a **trasplante hepático** o con **Síndrome Hepato-renal**,
- Pacientes **embarazadas**, con **Hipertiroidismo descompensado**, **Feocromocitoma** o **Diabetes en tratamiento con hipoglicemiantes orales (METFORMINA)**.

**SI USTED PRESENTA ALGUNAS DE LAS CONTRAINDICACIONES ANTES DESCRITAS DEBERÁ
COMUNICARLO AL TECNÓLOGO MÉDICO ANTES DE EFECTUARSE EL EXAMEN.**

3.- Declaración del Consentimiento:

Declaro que por el personal del centro médico recibí clara y completa información acerca del examen y lo necesario que es para mejorar el diagnóstico de mi estado de salud. Además, el Tecnólogo Médico de la Unidad me explicó acerca del procedimiento mismo, conoció mis antecedentes de salud, y me ofrece la seguridad de que se está haciendo todo lo que pueda disminuir el riesgo que existe al recibir medio de contraste yodado; y en esas condiciones consiento se me efectúe el examen.

4.- Firmas

Firma técnico

Firma paciente o representante

Nombre _____
DNI _____

Nombre _____
DNI _____

**CUESTIONARIO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA COPUTADA, SERVICIO DE
DIAGNOSTICO POR IMAGENES, CLINICA FRANCESA**

NOMBRE PACIENTE: _____

EDAD: _____ **DNI:** _____ **FECHA NAC.** _____

- 1.- ¿Se ha realizado alguna vez un examen con medio de contraste yodado? _____
- 2.- Antecedentes de reacción moderada o severa a medio de contraste yodado _____
- 3.- Antecedente de alergia (alimentaria, de contacto o medicamentoso) _____
- 4.- ¿Sufre alguna de estas enfermedades?
Asma _____
Insuficiencia Renal _____
Cirrosis Hepática _____
Diabetes Mellitus _____
Enfermedad Tiroidea: _____
 - de Graves _____
 - Bocio multinodular _____
 - Nódulos autónomos _____
- 5.- ¿Realizo o está realizando Diálisis? _____
- 6.- ¿Consume alguno de estos medicamentos?:
 - Metformina _____
 - Glafornil _____
 - Glucophage _____
 - Hipoglucim _____
- 7.- ¿Posterior al examen se realizará un Examen de Medicina Nuclear? _____
- 8.- ¿Está bajo algún tratamiento anticoagulante? _____
- 9.- Antecedentes de infección urinaria reciente, Insuficiencia renal y/o cirugía renal. _____
- 10.- Paciente monorreno: (tiene 1 solo riñón). _____

Firma paciente _____