

Sr.

El / / a las ____:____ hs. Ud. va a realizarse un estudio llamado: _____

Para efectuar dicho examen será necesario utilizar un medio de contraste yodado.

Este tipo de sustancia de contraste puede producir en algunas ocasiones, efectos no deseados que afortunadamente son infrecuentes, pero no existe manera de saber con seguridad si van a ocurrir.

Las infrecuentes reacciones, en la mayoría de los casos son leves (nauseas, sensación de dolor, urticaria, aumento del ritmo cardíaco) y generalmente desaparecen en pocos minutos. En un porcentaje mucho menor (0,1 % de los pacientes) pueden aparecer síntomas de mayor importancia, como descenso de la presión arterial, "asma bronquial", edema de laringe. También fueron descriptos, aunque su frecuencia es mucho más baja (0,0006 %), reacción con fallo cardiovascular severo (porcentaje que se reduce con la medicación que debe tomar antes de realizarse el estudio).

Durante el estudio contará con un médico que conoce los síntomas y está preparado para su tratamiento.

Le solicitamos que responda el siguiente cuestionario, con el fin de darnos algunos datos sobre sus condiciones clínicas:

1) ¿Se ha realizado algún estudio con sustancia de contraste? (Tomografía, Urograma, Angiografía)
_____ ¿Tuvo algún inconveniente? ¿Cuál? _____

2) ¿Posee antecedentes personales de reacciones alérgicas? (alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, etc.) _____ ¿Cuáles? _____

3) ¿Tiene insuficiencia renal, cardíaca y/o enfermedad coronaria, asma, diabetes, mieloma, hipotiroidismo?
_____ ¿Cuál? _____

Este Servicio cuenta con personal entrenado y los medios necesarios para enfrentar las situaciones mencionadas. Nuestros médicos especialistas se encuentran a su disposición para responder cualquier inquietud que se presente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 17.132 Art. 19 inc. 3º-2º y último párrafo

Siendo..... dede 20....

(Nombre y Apellido del Paciente) _____ autorizo por mí, o por un familiar directo, la realización del estudio con sustancia de contraste. Declaro conocer que existe un riesgo potencial de complicaciones que asumo, eximiendo de responsabilidad, salvo en caso de dolo o negligencia, a los profesionales que indican o realizan el procedimiento.

Firma

Aclaración

Nº de Documento

Parentesco si es familiar

Se entrega una copia de este consentimiento al paciente y se incluye explicación del procedimiento, indicación médica, como así también las posibles complicaciones y riesgos que esto implica.

Ud. tiene libertad de elección al decidir hacerse este estudio.