

Sr. ....

El / / a las \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs. Ud. va a realizarse un estudio llamado: \_\_\_\_\_

Para efectuar dicho examen será necesario que inyectemos por vía intravenosa un medio de contraste yodado. Esta inyección 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 (náuseas, sensación de calor intenso de corta duración, enrojecimiento facial) y generalmente desaparecen en pocos minutos. En otros casos la administración de este tipo de contraste puede provocar reacciones moderadas como edema, urticaria difusa, broncoespasmos, vómitos y/o flebitis (inflamación del trayecto endovenoso inyectado) ésta última hasta 48hs después. 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, urticaria generalizada. También fueron descriptos, aunque su frecuencia es mucho más baja (0,0006 %), reacción con fallo cardiovascular severo o daño cerebral irreversible (porcentaje que se reduce con la medicación que debe tomar antes de realizarse el estudio).

En la actualidad existe contraste yodado no iónico, el cual disminuye aún más el porcentaje de reacciones leves y moderadas. En el momento de la inyección 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 inyección de contraste endovenoso? (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, cardiovascular, asma, diabetes, mieloma, hipotiroidismo, colagenopatía, policitemia? \_\_\_\_\_ ¿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..... de .....de 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.