

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOGRAFÍA-TC

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La colonografía-TC o colonoscopia virtual es una técnica que se realiza mediante tomografía computarizada (TC) y que emplea rayos X.

Está indicada fundamentalmente en personas con factores personales de riesgo de cáncer de colon y a quienes por diversas circunstancias no sea posible realizarles una colonoscopia convencional.

La finalidad de la técnica es visualizar la pared del colon o intestino grueso. Para ello el intestino debe estar limpio de heces. Esto se consigue con una dieta especial los 3 días antes de la prueba. Recibirá las instrucciones con antelación.

Las pocas heces que queden deben teñirse con un contraste iodado oral, que se le entrega al citarle la prueba, junto con las instrucciones.

Para realizar la colonografía-TC le será colocada una cánula fina a través del ano, por la que se introducirá aire para desplegar el intestino y así poder ver su interior.

Si el radiólogo responsable de la exploración lo considera necesario, se le inyectará por vía intravenosa un contraste iodado.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Dolor cólico posterior al procedimiento, al expulsar el aire insuflado.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseado:

Por el contraste administrado:

- Sensación de calor en el punto de inyección del contraste y también en las áreas faríngea y genital. Su duración es muy breve (segundos) y no causa perjuicio.
- Reacciones adversas leves: náuseas, mareo, picor...incluso un pequeño hematoma en la zona de punción.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal.
- Excepcionalmente podría ocurrir una reacción más grave (shock anafiláctico) que requiriese, en casos extremos tratamiento hospitalario.
- Por la toma del contraste iodado oral puede presentar efectos adversos gastrointestinales, principalmente diarrea.

Otros riesgos:

- Perforación intestinal en pacientes con patología previa de colon.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea. Aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que esta técnica es la más adecuada en este momento. Si fuera necesario, se valorarán otras alternativas para su estudio.

AUTORIZACIÓN PARA "COLONOGRAFÍA-TC"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Nombre Servicio:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Fdo. Paciente: