

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA (TC) CON CONTRASTE ORAL Y/O INTRAVENOSO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La tomografía computarizada, también conocida con TC o Escáner, es una técnica radiológica que sirve para obtener imágenes del interior del organismo. Consiste en un tubo de rayos X que efectúa movimientos de rotación alrededor del cuerpo, lo que permite obtener imágenes del cuerpo en diferentes planos. La prueba dura aproximadamente 10-15 minutos.

Muchas veces, para realizar un mejor diagnóstico de la enfermedad, hay que utilizar un medio de contraste yodado que se inyecta en vena o se toma por boca y que mejora la calidad de las imágenes. En caso de precisar contraste iodado oral, al darle la cita se le entregará el frasco del contraste y una hoja explicativa de su uso.

La finalidad es diagnosticar y delimitar enfermedades o alteraciones en órganos, huesos, arterias... y/o guiar en la obtención de biopsias y colocación de tubos de drenaje.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

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:

- 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 utilizarán 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.



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

ÁREA DE SALUD
 Servicio de Radiología

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 “TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) CON CONTRASTE ORAL Y/O INTRAVENOSO”

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./Dª. , 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: