

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOGRAFÍA CON CONTRASTE

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La ecografía con contraste es una técnica exploratoria que sirve para visualizar las arterias y venas de distintos órganos (hígado, riñón...), así como para estudiar sus lesiones. Esta prueba no emite radiaciones ionizantes ya que se realiza mediante ultrasonidos.

La técnica consiste en administrar un contraste (microburbujas de hexafluoruro de azufre) por una vena del brazo, el cual permite ver los vasos sanguíneos del órgano que estamos estudiando, y el comportamiento de las lesiones.

### 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 como:

- Dolor de cabeza, náuseas, sequedad de boca, mareos, dolor abdominal, picores o enrojecimiento.
- Dolor en la zona de la inyección.
- Hormigueo en el brazo.
- Reacción alérgica o de intolerancia por el contraste administrado.
- 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 o si es alérgico al contraste. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

## CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad al contraste o a sus excipientes.
- Síndrome coronario agudo reciente o enfermedad cardiaca isquémica inestable.
- Pacientes con derivaciones de derecha a izquierda, hipertensión pulmonar grave (presión arterial pulmonar > 90 mmHg), hipertensión sistémica no controlada y pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto.
- Los contrastes ecográficos no han sido aprobados de forma oficial en embarazadas ni en el período de lactancia.

## 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 “ECOGRAFÍA CON CONTRASTE”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: