

Consentimiento informado para
**TOMOGRFÍA COMPUTADA
CON CONTRASTE ENDOVENOSO**

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha:/...../.....
D.N.I: Hora: Domicilio:

Usted se va a efectuar un examen de diagnóstico por imágenes denominado TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE ENDOVENOSO, tal como se lo solicitara su médico tratante, quién evaluó los riesgos/beneficios de su realización.

1. El objetivo de esta exploración es valorar radiológicamente la estructura y función de una parte de su organismo. Para ello es necesario utilizar la inyección de una sustancia que contiene yodo en una vena. Tras la inyección del contraste en función de las necesidades de la prueba solicitada, se realizará la Tomografía Computada, que permitirá analizar las posibles patologías que usted sufre y llegar a un diagnóstico correcto. En el caso de exámenes del abdomen y pelvis podrán indicarle a usted beber además una preparación diluida de contraste oral para diferenciar al tubo digestivo de otros órganos.

2. Existen otras alternativas a este procedimiento, aunque creemos que ésta es la que nos da mayor información para su diagnóstico. Las alternativas son generalmente la radiología simple, ecografía o la tomografía sin contraste endovenoso.

3. El uso de contrastes yodados puede raramente producir reacciones no deseadas, algunas por toxicidad directa y otras por hipersensibilidad inmediata o tardía. Afortunadamente, el número de las mismas es muy escaso, pero no existe forma de detectarlas por anticipado. Usted recibe anexo a la presente un cuestionario y preparación previa, que agradeceremos lea y conteste cuidadosamente, donde se le interrogará acerca de sus antecedentes sobre el uso de medios de contraste yodados, alergias a medicamentos y enfermedades, además de indicarle en el mismo un esquema de prevención farmacológica o premedicación de acuerdo de guías y consensos actuales de las sociedades de alergología y radiología.

El profesional que realizará la inyección conoce los síntomas, está preparado para su tratamiento y cuenta con todo el apoyo de nuestra institución. Asimismo le aclaramos que el examen que su médico le ha solicitado ha sido y es corriente en la práctica médica, esperando obtener de él información valiosa sobre su estado de salud. Estas complicaciones o reacciones no deseadas se dividen en leves, moderadas y severas:

- En el 98% de los casos de reacciones no deseadas estas son leves, generalmente consisten en náuseas, vómitos, urticaria, dolor, edemas, bajada de tensión arterial, etc., siendo auto limitadas, generalmente no requieren tratamiento aunque sí observación.
- En el 1% de los casos de reacciones no deseadas estas son moderadas, requieren tratamiento, correspondiendo a una leve reacción sistémica con compromiso respiratorio, cardiovascular o gastrointestinal.
- Finalmente, el 1% restante de las reacciones no deseadas son graves, requieren tratamiento y eventual internación, comprendiendo al edema laríngeo grave, shock, pérdida de conciencia, paro cardiorespiratorio, arritmias, convulsiones, edema agudo de pulmón, etc. Debe considerarse en este grupo a la eventual reacción fatal, que representaría aproximadamente 1 en 200000 inyecciones (0,0005%) aunque las cifras son muy variables en las series publicadas. Esto ocurre con mayor frecuencia si usted ha tenido reacciones anteriores a los contrastes yodados, por lo que debe comunicárselo al médico antes de comenzar la prueba.

Continúa

4. La Tomografía Computada (TC) consiste en una prueba de diagnóstico por imágenes que utiliza rayos x para crear imágenes detalladas de los órganos internos, los huesos, los tejidos blandos y los vasos sanguíneos.

5. El equipo para la exploración por TC es una máquina de gran tamaño parecido a una caja, que tiene un hueco, o túnel corto, en el centro. Uno se acuesta en una angosta mesa de examen que se desliza dentro y fuera de este túnel. El tubo de Rayos X y los detectores electrónicos de Rayos X se encuentran colocados en forma opuesta sobre un aro, llamado gantry, que rota alrededor de usted. El profesional opera el dispositivo de exploración y monitorea su examen en contacto visual directo, y generalmente con la capacidad de escucharlo y hablar con usted a través del uso de un parlante y un micrófono. La mesa de examen se moverá durante la exploración, de manera que el haz de Rayos X siga una trayectoria en forma de espiral.

6. Al ser un estudio solicitado con contraste, generalmente requerirá de medicación previa de acuerdo con el instructivo adjunto que ha recibido con este consentimiento. Usted debe vestirse con prendas cómodas y sueltas para el examen. Es posible que se le proporcione una bata. Los objetos de metal como joyas, anteojos, dentaduras postizas y broches para el cabello pueden afectar las imágenes de TAC, por lo que debe quitárselos antes del examen. A las mujeres se les pedirá que se quiten el sostén si contiene alambres metálicos. Por lo general, los exámenes por TC son rápidos, sencillos y sin dolor. Con la TC de detector múltiple se reduce el tiempo que el paciente tiene que permanecer inmóvil.

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quien evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición.

También se me aclaró que puedo revocar este consentimiento y solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que ello sea técnicamente posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante. Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otro familiar directo del paciente. Asimismo autorizo a que se me realicen las exploraciones o intervenciones terapéuticas necesarias que surjan de las eventuales complicaciones o reacciones no deseadas y que a juicio de los médicos intervinientes se deban realizar.

SI - NO Autorizo a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir sus resultados (incluso junto a otros) en revistas médicas o ámbitos científicos. Se garantizó que mi identidad quedará absolutamente resguardada.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones.

El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L. y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quien así se constituye en su depositario.

Continúa

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **TOMOGRFÍA COMPUTADA CON CONTRASTE ENDOVENOSO DE**Solicitada por mi médico tratante Dr..... (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, de de

CONSENTIMIENTO

Testigo		Paciente	
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
Representante legal		Médico	
D.N.I	Firma	Nº Matrícula	Firma