

Consentimiento informado para
**TOMOGRAFÍA COMPUTADA
SIN CONTRASTE ENDOVENOSO**

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

Usted se va a efectuar un exámen de diagnóstico por imágenes denominado TOMOGRAFÍA COMPUTADA SIN CONTRASTE, tal como se lo solicitara su médico tratante, quien evaluó los riesgos/beneficios de su realización.

EN QUE CONSISTE EL EXAMEN DE TC

La Tomografía Computarizada (TC) es 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.

CÓMO ES EL EQUIPO

El dispositivo 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.

CÓMO DEBO PREPARARME

Al ser un estudio solicitado sin contraste, generalmente no requerirá de medicación previa. 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.

QUE SE SIENTE

Por lo general, los exámenes por TAC son rápidos, sencillos y sin dolor. Con la TC de detector múltiple se reduce el tiempo que el paciente tiene que permanecer inmóvil. A pesar de que la exploración en sí misma no causa dolor, es posible que exista cierta incomodidad al tener que permanecer quieto durante varios minutos.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

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 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 técnicamente ello sea 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,

Continúa

CONSENTIMIENTO

el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

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.

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **TOMOGRAFÍA COMPUTADA SIN CONTRASTE 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

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

CONSENTIMIENTO