

## Consentimiento Informado USO MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO YODADO PARA SCANNER

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Profesional (Primer nombre y dos apellidos del **Tecnólogo Médico**): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Objetivo

Los medios de contraste, en general, son sustancias químicas que poseen la capacidad o característica química de absorber los fotones de rayos X que los alcanzan. De esta forma permiten realzar estructuras que a simple vista radiológica no son posibles de ver, tales como órganos parenquimatosos, cavidades y sistema cardiovascular.

### Características

La administración del medio de contraste debe ser por vía endovenosa periférica permeable, cuya instalación debe estar a cargo del Tecnólogo Médico si el paciente es ambulatorio, en caso contrario (paciente hospitalizado) debe traerla desde la unidad de origen.

La inyección del volumen de medio de contraste estará a cargo del profesional que realice el examen. Los volúmenes a inyectar al paciente dependerán de su edad y examen a realizar y la velocidad de infusión depende del medio de contraste a emplear.

Su médico le ha remitido a nosotros para que se efectúe un examen de imágenes que requerirá del uso de un medio de contraste que deberá ser administrado por vía endovenosa.

### Riesgos

Este medio de contraste en algunos pacientes puede producir reacciones adversas como alergia, rash urticarial, estado nauseoso. En casos excepcionales una reacción vagal con baja de la presión o una extravasación local de este medio de contraste.

Estas reacciones adversas suceden en menos del 1% de los pacientes.

Se han descrito casos aislados de shock anafilácticos graves que si no son debidamente tratados pueden llegar incluso a producir la muerte.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de este examen y de los riesgos que conlleva el uso de medio de contraste.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe el examen de **SCANNER** con **MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO YODADO**.

\_\_\_\_\_  
Firma Tecnólogo Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal