

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS RADIOLOGICAS CON CONTRASTE YODADO

Etiqueta/identificación del Paciente

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Estimado Sr/a: El médico peticionario de esta prueba cree necesario la realización de esta prueba radiológica en la que puede ser útil la administración de un medio de contraste yodado. Estas sustancias, tras inyectarse por una vena, permiten ver mejor algunos órganos internos y ayuda a diagnosticar mejor posibles patologías.

Es importante que nos comuniqué si se le han realizado previamente estudios con contraste yodado y si tuvo alguna reacción, y/o si tiene Vd. alguna enfermedad conocida (especialmente asma, diabetes, o insuficiencia renal).

;;El día de la prueba y el día previo debe beber abundantes líquidos.;;

;;El día de la prueba y el día previo si toma antiinflamatorios debe suspenderlos.;;

;; Si toma comprimidos para diabetes, contacte con su médico antes de la realización de la prueba.!!

Aunque en casos concretos pueden existir procedimientos diagnósticos alternativos que no precisan la administración de contraste yodado intravenoso, en su caso particular se ha considerado que esta es la prueba más adecuada.

Como médico peticionario he informado al paciente/tutor de la finalidad de la exploración radiológica solicitada..

Si el paciente necesitara mas información sobre la naturaleza de los medios de contraste así como de sus riesgos le informo que **puede solicitar información al radiólogo el día de la realización de la prueba.**

INFORMACIÓN RADIOLÓGICA:

Los medios de contraste son una de las sustancias más seguras que se usan en Medicina. En la mayoría de los casos la inyección intravenosa de contraste no produce molestia alguna, solo ocasionalmente pueden producirse efectos secundarios adversos de diferentes tipos:

1. Reacciones leves: La mayoría de las reacciones son de este tipo y consisten en efectos desagradables como sensación de calor, mal sabor de boca, etc. Estas reacciones o no precisan tratamiento o se corrigen fácilmente con medicación adecuada.

2. Reacciones graves: Dentro de ellas se incluyen dificultad respiratoria, arritmia, crisis, insuficiencia renal . Se producen en aproximadamente en cuatro de cada 12.000 personas, pero generalmente se corrigen con un tratamiento adecuado.

3. Es excepcional que se produzca un hecho irreversible aunque según diferentes series estadísticas puede ocurrir en una persona de cada 150.000 exploradas.

Usted debe saber que hoy en día no hay ninguna prueba previa que permita conocer en qué personas se va a producir alguna reacción. Si después de leer detenidamente este informe desea alguna aclaración, **por favor no dude en preguntar al radiólogo responsable el día que le vayan a realizar la exploración radiológica.**

PACIENTE / TUTOR LEGAL / O FAMILIAR

He leído atentamente la información anterior y se me ha explicado de forma satisfactoria que son los contrastes yodados, su utilidad en mi caso y los riesgos de su administración intravenosa.

DECIDO **DAR / NO DAR** mi consentimiento para que se efectúe la prueba con inyección de contraste yodado y soy responsable de las consecuencias de mi decisión. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Paciente D.D^a **DNI**

Tutor o familiar D.D^a **DNI**

Firmado **Fecha**

MÉDICO RADIOLOGO.

El médico Radiólogo responsable Dr./Dr^a _____ he informado al paciente de la naturaleza y finalidad de este procedimiento diagnóstico así como de la administración de contraste yodado que se pueda necesitar para esta prueba.

Firma del Médico responsable **Fecha**