

Unidad de Scanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMENES DE TAC QUE REQUIEREN EL USO DE MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO

Para una mejor evaluación de su estado de salud, su médico tratante le ha solicitado la realización de un examen llamado Tomografía Computada (TC). Éste será realizado por un **TECNÓLOGO MÉDICO** especialista en el área de Imagenología e informado por un Médico Radiólogo.

A fin de aumentar la eficiencia de este examen, es necesaria la utilización de un líquido llamado **MEDIO DE CONTRASTE** que es administrado por vía endovenosa. Por lo tanto, previo al inicio del examen, el profesional a cargo puncionará uno de sus brazos por donde se administrará posteriormente el medio de contraste.

El medio de contraste es un **líquido a base de yodo** que normalmente produce durante su administración una **sensación de calor**, principalmente a nivel de la garganta y la vejiga, que desaparece una vez terminada su administración.

En algunos pacientes es posible la aparición de otros tipos de **reacciones leves**, similares a una alergia, tales como: náuseas, urticaria, etc. Estas manifestaciones permanecen durante un corto tiempo, siendo factible el acelerar su desaparición a través de la administración de antialérgicos.

Y en casos muy aislados pueden ocurrir **reacciones más severas** como: disminución de la presión arterial, urticaria severa, arritmia cardíaca, etc.

CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes con antecedentes previos a **reacciones alérgicas al medio de contraste yodado**
- Pacientes con **Insuficiencia Renal Aguda o Crónica**
- Pacientes con **Tasa de Filtración Glomerular menor a 40 ml/min.**
- Pacientes sometidos o que se someterán a **trasplante hepático** o con **síndrome Hepato-renal**,
- Pacientes **embarazadas**, con **Hipertiroidismo descompensado**, **Feocromocitoma** o **Diabetes en tratamiento con hipoglicemiantes orales (METFORMINA).**

SI USTED PRESENTA ALGUNAS DE LAS CONTRAINDICACIONES ANTES DESCRITAS DEBERÁ COMUNICARLO AL TECNÓLOGO MÉDICO ANTES DE EFECTUARSE EL EXAMEN.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, por ejemplo:

- De carácter casual, los más frecuentes son: hematoma, punción intra arterial o extravasación de líquidos

Es posible que, después de la punción, queden molestias en la zona, como sensación de dolor u hormigueo, generalmente pasajeras.

Declaración del Consentimiento:

Declaro que por el personal del centro médico recibí clara y completa información acerca del examen y lo necesario que es para mejorar el diagnóstico de mi estado de salud. Además, el Tecnólogo Médico de la Unidad me explicó acerca del procedimiento mismo, conoció mis antecedentes de salud, y me ofrece la seguridad de que se está haciendo todo lo que pueda disminuir el riesgo que existe al recibir medio de contraste yodado; y en esas condiciones consiento se me efectúe el examen.

CUESTIONARIO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA, SERVICIO DE SCANNER VALPARAÍSO.

NOMBRE PACIENTE:

EDAD: _____

RUT: _____

FECHA NAC. _____

TELÉFONOS: _____

DIRECCIÓN: _____

1.- ¿Qué molestias ha sentido y desde cuándo?

2.- ¿Se ha realizado alguna vez un examen con medio de contraste yodado?

3.- ¿Reacción moderada o severa al medio de contraste yodado? _____

4.- Antecedente de alergia (alimentaria, de contacto o medicamentosa) _____

5.- ¿Sufre alguna de estas enfermedades?

Asma_____ Insuficiencia Renal_____ Cirrosis Hepática_____

Diabetes Mellitus_____ Enfermedad Tiroídea_____

6.- Posterior a este examen, ¿se realizará un examen de Medicina Nuclear?

7.- ¿Consumes alguno de estos medicamentos?:

Metformina _____ Glafornil _____ Gluophage _____ Hipoglucim _____

8.- ¿Está bajo algún tratamiento anticoagulante? _____

Mencione nombre del remedio _____

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DE TERCERO

Encuesta de Satisfacción sobre atención de tecnólogo para completar después de realizarse el examen:

1. ¿Con respecto a los tecnólogos, le dieron información referente a examen antes, durante y después de éste?

SI _____ NO _____

2. ¿Interactuó con Ud. durante el examen, cuando ud. estaba dentro de la máquina?

SI _____ NO _____

3. ¿Se sintió conforme con la atención recibida?

SI _____ NO _____

4. Algún comentario u observación que desee agregar con respecto al tecnólogo(a) que le atendió:

¡Muchas gracias por ayudarnos a mejorar nuestros servicios!