

|                    |              |                             |              |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| <b>SERVICIO:</b>   |              | <b>Nº Historia Clínica:</b> |              |
| <b>Unidad:</b>     |              | <b>Nombre Paciente:</b>     |              |
| <b>Habitación:</b> | <b>Cama:</b> | <b>Fecha Nacimiento:</b>    | <b>Sexo:</b> |

## CONSENTIMIENTO DE DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS CON CONTRASTES INTRAVENOSOS ESPECIALIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

|                                                                                                                                                                                                     |            |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| <b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:                                          |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>                                                                                                                                                                  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento |            |              |              |
| <b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>                                                                                                                                                                  | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los estudios radiológicos con contraste intravenoso se realiza en una serie de exploraciones (radiografías, urografía y tomografía axial computarizada) en los que se utiliza un líquido (medio de contraste) generalmente iodados que permite mejorar la visualización de diversos órganos (riñones, hígado, pulmón, ...).

Para la administración de este medio de contraste, se le pinchará en una vena (generalmente en el brazo) con una aguja muy fina, a través de la cual se introduce el líquido. A continuación se realizan las radiografías o la tomografía axial computarizada (TAC).

En ocasiones es imposible realizar esta exploración por la falta de una vena adecuada por la punción.

La exploración no necesita anestesia y su duración es variable, dependiendo del órganos u órganos que se estudien, siendo de 20 minutos en término medio.

En cualquier caso, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los médicos de este hospital están dispuestos para solucionarlas.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Los resultados que se obtienen de la realización de las distintas pruebas compensan los posibles riesgos que a veces suceden.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En la actualidad algunas de estas exploraciones se podrían sustituir por una ecografía o por resonancia magnética.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Lograr un diagnóstico radiológico lo mas preciso posible.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Ausencia de identificación del problema que le aqueja.

### RIESGOS FRECUENTES

Rotura de la vía periférica en la punción, hematoma, reacciones adversas como calor, ruboración, sensación de pérdida de orina, etc.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Por el medio de contraste:

- Reacciones alérgicas que pueden ser: Leves, como náusea, picores o lesiones de la piel.
- Raramente graves, como alteraciones de los riñones.

- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 personas).

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

Los relacionados con la situación de cada paciente:(Cardiopatía isquémica ,diabetes ,etc).

**CONTRAINDICACIONES**

Alergia a contrastes iodados .

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |              |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------|
| <b>PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |              |              |
| <b>D/D<sup>a</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>NOMBRE / APELLIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |              |              |
| <b>D/D<sup>a</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento |            |              |              |
| <b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |              |              |
| <b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.                                                                                         |            |              |              |
| <b>MÉDICO RESPONSABLE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>DNI</b> | <b>FIRMA</b> | <b>FECHA</b> |