

Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre:

Paciente internado: SI / NO Documento:

Peso: Altura:..... Fecha de nacimiento:.....

Hospital Nac. "Prof. Dr. Alejandro Posadas"
Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Sector Alta Complejidad
Dr Daniel Muñoz

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Uds. se va a efectuar un examen para el cual se le deberá inyectar un líquido de contraste iodado denominado medio de contraste radiológico iodado.

Estos medios de contrastes radiológicos pueden, en ocasiones producir reacciones, producir reacciones no deseadas, que se dividen en leves y graves. Afortunadamente, el número de las mismas es muy escaso, pero no existe la forma de detectarlas por anticipado.

Se le pedirá la ingesta previa de un corticoide y antihistamínico para evitarlas, o por lo menos mitigarlas.

El médico que realizara la inyección conoce los síntomas y está preparado para su tratamiento.

Se aclara que el examen ha sido y es corriente en la práctica médica, y de él se obtendrá información valiosa sobre el estado de salud.

Reacciones leves: 1 a 10% de pacientes. Estado nauseoso, calor, urticarias.

Reacciones graves: 0,1% de pacientes. Hipotensión, asma bronquial y edema laríngeo. Se han relatado decesos, alrededor de 0,0005%.

Consentimiento Informado:

Autorizo por mi o por un familiar directo a la realización de un examen radiológico, para lo cual se necesita la inyección de medio de contraste.

Declaro conocer que existe un riesgo potencial ante una reacción adversa, que asumo, eximiendo de responsabilidad, salvo en caso de dolo o negligencia, a los profesionales que indican o realizan el procedimiento.

Lugar y fecha:

Firma y aclaración:

D.N.I:

(Si firma un familiar, grado de parentesco)

USTED DEBE TENER LA ABSOLUTA LIBERTAD DE REALIZARSE ESTE PROCEDIMIENTO

Usted tiene turno el día/...../..... a las hs.

- Traer estudios anteriores TAC/RMN