

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE

Datos del Paciente:

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo:

 /

N° Estudio:

Fecha:

 /

1 Por la presente autorizo que se me administren medios de contraste, en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes de CIMAC por parte del personal profesional perteneciente al mismo, para la realización de:

RADIOGRAFÍA

TOMOGRAFÍA COMPUTADA

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

2 Se me explicó completamente la naturaleza y fines de la practica, se me informó también de los esperados beneficios y/o complicaciones por causas conocidas y desconocidas, molestias y riesgos que puedan surgir, los que estadísticamente son muy bajos (1/40.000), así como las posibles alternativas al estudio propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.-----

3 Entiendo que durante el procedimiento pueden presentarse situaciones inesperadas que necesiten métodos diferentes y/o adicionales que el equipo de profesionales juzgue necesarios, de todas formas si ocurriera cualquier complicación, se me aclaro debidamente que todos los medios médicos de la Institución están dispuestos para solucionarlas.-----

4 Se me explicó y yo entendí perfectamente que el haberme realizado estudios anteriores con contrastes no me asegura que no vaya a tener alguna reacción indeseada en este examen, asimismo se me informó que algunas personas presentan mayor susceptibilidad a reacciones adversas a los contrastes, estas personas son evaluadas y en algunas oportunidades es conveniente el uso de sustancias de contraste especiales (no iónicos) que disminuyen en cierta medida algunas de las reacciones leves y moderadas producidas por el contraste común. De esta forma autorizo la administración de medio de contraste, para el estudio indicado por el médico tratante.-----

5 Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos, quirúrgicos ni alérgicos.-----

6 Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto de los resultados que se esperan de la práctica.-----

7 Cuestionario (marcar con una x en el casillero correspondiente por si o por no)

- | | | | | | |
|----|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1 | ¿Le han realizado alguna vez estudios con inyección de contrastes endovenosos? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ¿Presentó reacciones adversas a los medios de contraste iodados? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ¿Padece enfermedades cardíacas? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ¿Padece enfermedades renales? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ¿Padece enfermedades hepáticas? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ¿Padece enfermedades tiroideas? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ¿Padece asma bronquial? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ¿Padece antecedentes de enfermedades alérgicas o autoinmunes? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ¿Padece diabetes? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Padece miastenia gravis, mieloma o enfermedades hematológicas? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Consumo medicamentos? Especifique cuales: | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="text"/> | | | | |
| 12 | Otras enfermedades | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="text"/> | | | | |

8 Dejo constancia que he leído (se me ha leído), he comprendido perfectamente lo anterior, el cuestionario y que todos los espacios en blanco del formulario han sido rellenados antes de mi firma.

Declaraciones y Firmas:

D/D^a _____, con DNI _____ he sido informado suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. Por ello, doy mi consentimiento: SI NO para que se me realice dicho procedimiento. Mi aceptación es voluntaria, y puedo retirar este documento cuando lo crea oportuno.

.....
Firma del Paciente

Fecha: _____ / _____ / _____

D/D^a _____, con DNI _____ y en calidad de _____ he sido informado suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello doy expresamente mi consentimiento: SI NO

.....
Firma del Tutor o Familiar

Fecha: _____ / _____ / _____

Dr. D/D^a _____, he informado al paciente, tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y posibles complicaciones.

.....
Firma del Médico Responsable

MN°: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Revocación del consentimiento:

D/D^a _____, con DNI _____ revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado.

.....
Firma del Paciente

Fecha: _____ / _____ / _____

D/D^a _____, con DNI _____ y en calidad de _____ revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el procedimiento, que doy en esta fecha por finalizado.

.....
Firma del Tutor o Familiar

Fecha: _____ / _____ / _____

Dr. D/D^a _____, he recibido la revocación del consentimiento prestado en fecha _____, por lo que no se prosigue con el procedimiento.

.....
Firma del Médico Responsable

MN°: _____

Fecha: _____ / _____ / _____