

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Pruebas radiológicas que requieran la administración de contraste yodado intravenoso.

Usted va a realizarse una exploración radiológica a petición de su médico. Esta prueba utiliza Rayos X para estudiar el interior de su cuerpo. Su médico cree que esta prueba va a proporcionar una información que nos ayudará a comprender y tratar mejor su enfermedad.

Como parte de la exploración es necesaria la administración de un medio de contraste yodado. Estas sustancias tras inyectarse por una vena, permiten ver mejor algunos órganos internos y estudiar si presentan lesiones y de que tipo son éstas. Aunque en casos concretos pueden existir procedimientos diagnósticos alternativos que no precisan administrar contraste yodado intravenoso, la información que se obtienen puede ser menor. En su caso particular se ha considerado que esta es la prueba diagnóstica más adecuada.

En la mayoría de los casos la inyección intravenosa de contraste no produce molestia alguna, sin embargo, ocasionalmente pueden producirse efectos secundarios adversos de diferentes tipos:

1. De producirse efectos secundarios, en la mayoría de los casos solo son reacciones leves que no precisas tratamiento.
2. En 4 de cada 10.000 pacientes se pueden producir reacciones graves que requieren tratamiento complejo.
3. En 1 de cada 100.000-150.000 casos podría producir reacciones graves que requieren tratamiento complejo.

NOTA: Estos riesgos pueden ser mayores en algunas circunstancias, por lo que es importante que nos comunique si se le han realizado previamente estudios con contraste yodado y si tuvo alguna reacción, y/o si tiene usted alguna enfermedad conocida (especialmente de corazón, asma o insuficiencia renal) o alergia a medicamentos o a otras sustancias.

Usted debe saber que hoy en día no hay ninguna prueba que permita conocer en que personas se va a producir una reacción.

Si desea más información consúltenos y le atenderemos con mucho gusto.



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Pruebas radiológicas que requieran la administración de contraste yodado intravenoso.

PACIENTE:

He leído atentamente la información anterior y mis dudas sobre los contrastes yodados y los riesgos de su administración intravenosa han sido aclarados de forma satisfactoria.

Decido dar mi consentimiento para que efectúen la prueba con inyección intravenosa de contraste yodado, por los profesionales adecuados que precisen y soy responsable de las consecuencias de mi decisión. Puedo retirar este documento cuando lo desee.

El paciente D. _____, con DNI nº _____

Fdo.:

En Lucena, a ____ de _____, del 202____.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR:

Se que D. _____

- Delega su responsabilidad en este momento
- No es responsable para decidir en este momento

He leído atentamente la información anterior y mis dudas sobre los contrastes yodados y los riesgos de su administración intravenosa han sido aclarados de forma satisfactoria.

Decido dar mi consentimiento para que se efectúe la prueba con inyección intravenosa de contraste yodado, por los profesionales adecuados que se precisen y soy responsable de las consecuencias de mi decisión. Puedo retirar este documento cuando lo desee.

Yo, D. _____, con DNI nº _____

Fdo.:

En Lucena, a ____ de _____, del 202____.

