


CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN INTRAVENOSO DE CONTRASTE

Este examen de rayos X se lleva a cabo mediante el uso de un equipo especial que nos permite visualizar los órganos internos que no somos capaces de visualizar utilizando solo radiografía.

Algunos exámenes de CT (Tomografía) requieren la inyección de un medio de contraste en la vena. El uso de esta solución nos ayuda a visualizar ciertos órganos dentro del cuerpo que normalmente no se ve bien y proporciona al radiólogo con la información necesaria para evaluar su examen.

El agente de contraste se administra a través de una pequeña aguja en una vena, usualmente de la parte interior del codo o del dorso de la mano. Los medios de contraste se considera bastante seguro, sin embargo cualquier inyección conlleva un riesgo de daño incluyendo lesión a un nervio, arteria, vena o, infiltración / extravasación, la infección, el potencial de lesión renal, o reacción con el material que se inyecta. En ocasiones, un paciente tendrá una leve reacción al material de contraste y desarrollar estornudos y / o ronchas. Con poca frecuencia, las reacciones más graves han llegado a producirse, incluyendo reacciones potencialmente mortales. Estas reacciones graves son raras.

Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos evaluar si usted corre un alto riesgo de sufrir efectos negativos con el medio de contraste:

- YES NO **Sólo para mujeres** ¿Está embarazada?
- YES NO ¿Alguna vez ha sufrido de reacción alérgica al contraste de rayos x ?
- YES NO ¿Tiene un historial de "enfermedad del riñón", incluyendo tumor o trasplante?
- YES NO ¿Sufre de alergias o asma? _____

(Por favor, lista alergias)

- YES NO ¿Tiene antecedentes de diabetes tratamiento con insulina u otros medicamentos para la diabetes que son recetados por un médico con licencia?
- YES NO ¿Tiene antecedentes de mieloma?
- YES NO ¿Tiene antecedentes de feocromocitoma o enfermedad de la tiroides?
- YES NO ¿Tiene antecedentes de enfermedad vascular del colágeno?
- YES NO ¿Tiene antecedentes de cirugía renal previa?
- YES NO ¿Ha tenido una lesión renal o tiene un historial de lesión renal?
- YES NO ¿Tiene CHF (insuficiencia cardíaca congestiva) o enfermedad cardíaca?
- YES NO ¿Está usted bajo ciertos medicamentos?
- i. La metformina (Glucophage, Glucovance Fortamet, Glumetza, Riomet, Metaglip, Avandamet, Acto Plus Met) o metformina que contienen combinaciones de fármacos.
 - ii. El uso a largo plazo de medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos.
 - iii. El uso regular de antibióticos nefrotóxicos, como los aminoglucósidos.

Su doctor le ha ordenado este examen de Tomografía para conseguir más información que ayudará en el diagnóstico de su condición. Si usted tiene preguntas adicionales con respecto a su examen, no dude en hablar con el tecnólogo o radiólogo antes de su examen por favor.

Su firma en este formulario indica que usted: (1) Ha leído y entendido la información proporcionada en este formulario, (2) Autoriza y da su consentimiento para la realización de este examen, (3) Ha sido informado acerca de este procedimiento, y (4) Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Paciente Nombre: _____

Paciente Firma: _____

Fecha: _____

Padre o Guardian: _____

Fecha: _____

(i el paciente es menor de edad o tiene un guardian Legal)

Witness: _____

Date: _____

(Technologist or Radiologist-Signature)