

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA (SCANNER) CON MEDIO DE CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**El scanner con medio de contraste yodado (indicado por su médico),** si bien se realiza en condiciones muy seguras, no está exento de complicaciones, las cuales usted debe conocer antes de consentir (autorizar) su realización.

**1. Exposición a Radiación Ionizante:**

El scanner utiliza radiación ionizante. La dosis única por cada examen no involucra riesgo para su salud. En la actualidad los equipos vienen diseñados con sistemas que permiten disminuir la dosis sin causar pérdida en la calidad de las imágenes que se obtienen y con las que se realiza el diagnóstico.

**2. Extravasación de Medio de Contraste Yodado:**

Para realizar el examen solicitado, un tecnólogo médico o enfermera le instalará una vía venosa (aguja) en uno de sus brazos, con el objetivo de poder administrar el medio de contraste yodado. En la mayoría de los pacientes el acceso venoso es de fácil punción y generalmente no es necesario volver a instalar una nueva vía venosa. Existen condiciones particulares de los pacientes en los que el acceso venoso es más difícil, como, por ejemplo: pacientes que hayan recibido quimioterapia o radioterapia, pacientes con cuadros de deshidratación, pacientes con problemas de coagulación o que tomen anticoagulantes orales, y otras, que hacen que el acceso venoso (venas) sea de mala calidad y puede ser necesario realizar otras punciones hasta lograr un acceso venoso que permita la administración de medio de contraste yodado.

Independiente de lo anterior, es decir, que se haya instalado una vía venosa que permita la administración de medio de contraste yodado, durante la misma administración puede que la vía se desplace o que la vena se rompa, produciendo la salida del medio de contraste fuera del espacio vascular produciendo un aumento de volumen que se aprecia a simple vista. Esto se reconoce como extravasación. En nuestro servicio hemos evaluado la incidencia de este efecto no deseado y podemos informar que menos del 1% de nuestros pacientes que se realizan este tipo de examen sufren una extravasación.

Las complicaciones que se producen son: dolor en la zona de la punción, aumento de volumen; ambos síntomas evolucionan bien con las indicaciones que le dará un médico. Sin embargo, de forma muy excepcional algunos pacientes que han sufrido una extravasación pueden llegar a sufrir una necrosis de tejido y podrían requerir de una intervención quirúrgica.

**3. Reacción adversa, Tipo alérgica, al medio de contraste EV:****Respecto de los medios de contraste usados en tomografía computada:**

El objetivo de usarlos es para mejorar la calidad de las imágenes, ya que, aumentan el contraste de las estructuras anatómicas normales y también de algunas lesiones que tienen mucha vascularización.

Es importante que nos informe si usted sufre una enfermedad a los riñones, ya que los medios de contraste podrían acentuarla.

Los medios de contraste son seguros y la mayoría de los pacientes a los que se les administran, sólo van a experimentar una sensación generalizada (o bien focalizada) de calor corporal.

Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar una **reacción adversa a medicamentos (RAM)**, las cuales se clasifican en leves, moderadas y graves:

- **Las leves** pueden ser entre otras, rubor facial, estornudos etc.
- **Las moderadas** se caracterizan porque los pacientes refieren picazón y suelen aparecer pocas y pequeñas ampollas.  
Estos efectos adversos pueden ceder de manera espontánea, pero también pueden requerir la administración de medicamentos.
- **En las complicaciones más graves**, los pacientes pueden presentar dificultad para respirar. Algunos pacientes después de sufrir una reacción grave, van a requerir hospitalizarse para su mejor manejo.
- La muerte por administración de medios de contraste tiene una probabilidad muy baja de ocurrencia, que se calcula en 9 muertes por millón de pacientes.

**Las RAM** a medios de contrastes son muy poco frecuentes, en nuestro servicio estas ocurren en menos del 1% de los pacientes que reciben medio de contraste yodado, la gran mayoría leves.

Si usted ha tenido una reacción a medio de contraste previa, tiene más riesgo de sufrir una reacción de tipo GRAVE, aunque haya sido premedicado.

En caso de necesidad usted será derivado al servicio de Urgencia, lo que será de su cargo.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Realización de Tomografía Computada (Scanner) Con Medio de Contraste Yodado Intravenoso** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA REALIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA (SCANNER) CON MEDIO DE CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_ DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otra unidad o a otras instituciones.**

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)