

CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

H.CI.FO.132.0310.02

INFORMACION

La Tomografía computarizada (TC) es un método diagnóstico que utiliza rayos X, y que permite estudiar con alta precisión muchas áreas del cuerpo humano, obteniendo una gran información sobre posibles enfermedades que afecten a las mismas.

Las imágenes obtenidas son estudiadas e interpretadas por el **RADIÓLOGO** (médico especialista en radiología), que emitirá un informe para el médico que le ha solicitado la prueba.

En algunas ocasiones el radiólogo, en función de la información clínica aportada, podrá **MODIFICAR** o incluso **NO PRACTICAR** la prueba solicitada, siempre con el objetivo de proporcionar la máxima información clínica con el mínimo riesgo para usted.

Dado que el escáner produce radiaciones, su utilización siempre debe ser muy rigurosa, especialmente en pacientes jóvenes. Los protocolos de estudio con la TC están optimizados al máximo para que el nivel de radiación sea el más bajo posible sin perder información diagnóstica alguna.

Si usted es una mujer embarazada o cree que pudiera estarlo, debe advertirlo a nuestro personal antes de someterse a la prueba.

La prestación del servicio de Telerradiología es prestado en este centro por Resona, S.A.U. que, en relación con los procesos radiológicos y en aras de que la confidencialidad de los datos de los pacientes no se vea comprometida en ningún momento, asume, el cumplimiento de los protocolos implantados.

RIESGOS:

Los riesgos inherentes a las **RADIACIONES IONIZANTES**.

La dosis de radiación recibida por el paciente, si bien es más elevada que la recibida por una Radiografía convencional, es poco probable que suponga un riesgo significativo para su salud.

En algunas ocasiones será necesario practicar la prueba solicitada administrándole un **CONTRASTE IODADO** no iónico, bien líquido por la boca (contraste oral), bien por la vena (contraste intravenoso). Estas sustancias se utilizan para conseguir mejorar la calidad de la prueba y ver mejor las posibles lesiones que se van a estudiar. Siempre será el radiólogo el que decida en última instancia si el contraste es necesario, ya que es el especialista en esta área.

1.-El contraste oral prácticamente **NO** tiene efectos secundarios, salvo que ocasionalmente puede producir un aumento del ritmo intestinal y llegar a provocar una leve diarrea.

2.-El contraste intravenoso actualmente es muy seguro, pero raramente, como cualquier otro medicamento, puede producir efectos secundarios:

- Los más habituales son muy leves (náuseas, picores, pequeñas reacciones en la piel...) y no requieren de tratamiento médico, pero de forma excepcional los efectos secundarios son:
- De forma excepcional son graves o muy graves (éstos últimos son muy raros y el porcentaje de fallecimiento es menor de 1 caso por millón de estudios), requiriendo de asistencia médica inmediata. En nuestra clínica **NO** ha ocurrido ningún caso. No obstante, debe conocer que disponemos de los medios técnicos y personal para ofrecerle una asistencia urgente. **NO** existe en el momento actual ningún medio eficaz para prevenir o poder predecir este tipo de efectos indeseables. No obstante, si es usted alérgico, debe avisarnos.

Es posible que al tener que pincharle una vena para introducirle el contraste, se pueda producir en alguna ocasión un pequeño hematoma en la zona de punción, que, no obstante, se reabsorberá lentamente sin más complicaciones.

De igual forma, existe la posibilidad de extravasación del contraste, es decir una salida accidental de un volumen variable de contraste, desde la vena hacia los tejidos adyacentes. Este fenómeno sucede durante la inyección de contraste con bomba mecánica y corresponde a una complicación del procedimiento. Se trata de un evento poco frecuente, que, dependiendo de la magnitud del volumen extravasado y de las características del paciente afectado puede llegar a ser más o menos grave (desde reacciones cutáneas leves a lesiones más graves con necrosis y úlceras cutáneas y síndrome compartimental).

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Otros riesgos o complicaciones que puedan surgir, teniendo en cuenta la situación clínica y sus circunstancias personales

DURACIÓN Y OTROS

La duración de la prueba, si no tiene que administrarse contraste es gracias a nuestra tecnología, sumamente rápida (usted permanecerá sometido a la radiación escasos segundos), alargándose un poco tiempo más si tiene que administrarse contraste intravenoso. Durante la administración del contraste puede sentir calor y un sabor metálico en la boca, no se preocupe, es lo normal.

RECOMENDACIONES

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos y se lo explicaremos personalmente con mucho gusto. Estamos aquí para aclarar cualquier duda.

AVISENOS SI: (No dude en consultarnos si tiene alguna duda)

- Tiene o cree tener ALERGIA AL YODO
- Está EMBARAZADA
- Tiene o cree tener problemas RENALES: insuficiencia, cirugías, creatinina alta, ...
- Tiene o cree tener ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS.
- Está en tratamiento de DIABETES con METFORMINA
- Está en tratamiento con INTERLEUKINA II.
- Está Tratamiento con ANTICOAGULANTES de la sangre.
- Tiene o cree tener MIELOMA MULTIPLE

En el contexto actual de alta prevalencia de infección COVID19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico o microbiológico que se le han practicado, no es posible descartar con absoluta certeza que Ud. pudiera tener una infección asintomática COVID19. Debe saber que en caso de que fuera así, y a la luz de las evidencias actuales en estudios y publicaciones preliminares, la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y anestésico estándar puede ser moderadamente elevada e incluyen entre otras distrés respiratorio moderado o severo que requieran de intubación y ventilación mecánica prolongada, con la mortalidad y complicaciones que se asocian a la misma.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO: Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Paciente D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

Representante legal D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice la intervención.

Alicante, a ____ de _____ de _____

Fdo.: PACIENTE

Fdo.: RTE. LEGAL

Fdo.:DR./DRA. QUE INFORMA

DOCUMENTO DE DENEGACION/REVOCAION

Paciente D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

Representante legal D./Dña. _____ con D.N.I. Nº _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y por lo tanto, **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento arriba indicado.

Alicante, a ____ de _____ de _____

Fdo.: PACIENTE

Fdo.: RTE. LEGAL

Fdo.:DR./DRA. QUE INFORMA