


FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAC CON MEDIO DE CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO	Pág 1 De 4
	Código del Documento:	IMG-FOR-026	Versión 4
FECHA: Noviembre 9 de 2015			

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (ESCANOGRAFÍA) CON MEDIO DE CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO

LEA CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO

NOTA: Diligencie ésta información con su puño y letra en forma legible y recuerde que **sin éste documento no se procederá a realizar el estudio**

NOMBRE DEL PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FECHA DEL EXAMEN


EXPLICACION ACERCA DEL ESTUDIO: *La Tomografía Axial -TAC-* Computarizada consiste en un examen médico que ayuda al médico en el diagnóstico de enfermedades.

Las imágenes por TAC utilizan un equipo de rayos X especial para producir múltiples imágenes o visualizaciones del interior del cuerpo, a la vez que utiliza conjuntamente una computadora que permite obtener imágenes transversales del área en estudio. Los *estudios* por TAC de los órganos internos, huesos, tejidos blandos o vasos sanguíneos permiten una mayor claridad que los exámenes convencionales de rayos X.

Las imágenes obtenidas son estudiadas e interpretadas por el médico especialista en radiología quien emitirá un informe para el médico tratante. En algunas ocasiones el radiólogo de acuerdo a la información clínica aportada podrá abstenerse de practicar la prueba solicitada o sugerir otro estudio, siempre con el objeto de proporcionar un mejor diagnóstico y con el menor riesgo para usted.

En la fundación Alejandro Londoño, contamos con un equipo para TAC de alta tecnología y los protocolos utilizados para la realización de éstos estudios, están optimizados al máximo, proporcionando así el nivel más bajo posible en la exposición a radiación sin perder información diagnóstica.

FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAC CON MEDIO DE CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO	Pág 2 De 4
	Código del Documento:	IMG-FOR-026	Versión 4
FECHA: Noviembre 9 de 2015			

CONTRASTE ORAL: (Se administra por la boca). La función del contraste oral es diferenciar el intestino de otros órganos, estructuras o lesiones evitando errores en el diagnóstico, Por ésta razón se debe esperar un tiempo después de ingerirlo, para lograr que se llenen las asas intestinales. Este medio de contraste prácticamente no tiene efectos secundarios, sin embargo en casos muy esporádicos puede producir un aceleramiento en el ritmo intestinal provocando una leve diarrea.


CONTRASTE INTRAVENOSO (Se inyecta por la vena). Es un líquido transparente que destaca determinadas partes de su organismo en pruebas diagnósticas de imagen. El medio de contraste resaltará cualquier órgano al que entre, como los riñones, vasos sanguíneos o cerebro.

El medio de contraste, una vez colocado en la vena, fluirá a través de su sangre para resaltar el órgano que está siendo estudiado. El medio de contraste puede hacer que una prueba de imagen resulte mucho más eficaz para la identificación de un problema o enfermedad.

Su administración debe realizarse en lo posible con el paciente acostado y éste debe quedar bajo vigilancia e lo menos hasta treinta minutos después de su aplicación pues la mayor parte de los accidentes graves ocurren, según las últimas investigaciones durante éste plazo. **Siempre será el radiólogo quien decide si el contraste es necesario o no.** Su aplicación hoy en día es muy segura, pero como cualquier otro medicamento, no está exento de de producir efectos secundarios, los más frecuentes y aunque leves son: náuseas, escozor, pequeños brotes en la piel, cefalea (dolor de cabeza), sensación de dolor, frio o excesivo calor, sabor metálico, deseos de orinar, que desaparecen cuando se termina de aplicar la inyección, pero excepcionalmente pueden ocurrir efectos secundarios graves o muy graves que requieren atención médica inmediata, como son: hipotensión (caída de la presión arterial), insuficiencia respiratoria moderada o severa e incluso paro cardio-respiratorio. *El riesgo de muerte* es mínimo, se contempla en menos de un caso por millón de estudios realizados, pero es necesario que sea conocido por el paciente, *pues no está exento de este riesgo.* Los pacientes que presenten excitación, angustia, o dolor fuerte, deben tranquilizarse y ser medicados, pues la experiencia nos ha demostrado que son los más susceptibles a presentar reacciones provocadas por el medio de contraste.

COPIA CONTROLADA

FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAC CON MEDIO DE CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO	Pág 3 De 4
	Código del Documento:	IMG-FOR-026	Versión 4
FECHA: Noviembre 9 de 2015			

En los pacientes que presenten alteraciones graves de la función hepática o renal, que padezcan de insuficiencia cardíaca o circulatoria, enfisema pulmonar, mal estado general, arterioesclerosis cerebral, hiperfunción tiroidea, convulsiones, bocio nodular blanco y mieloma múltiple, la decisión de aplicar éste contraste debe contar con un criterio médico muy riguroso. No se debe restringir la ingestión de líquido antes de administrar el medio de contraste intravenoso a pacientes que presenten: mieloma múltiple, diabetes juvenil o existencia prolongada de diabetes, poli-oliguria (poca producción de orina), Gota, lactantes, niños pequeños, pacientes en mal estado general.

Si ha sufrido una reacción alérgica a algún medio de contraste o algún medicamento, debe favor informar al momento de realizarle la entrevista previa a la realización de su estudio contrastado

¿Qué se siente con la administración del medio de contraste?


La experiencia con el medio de contraste varía de persona a persona. Esto es lo que puede esperar:

- ❖ Para inyectar el contraste, se le colocará una aguja en una vena. Usted sentirá un pequeño pinchazo, no más doloroso que una prueba sanguínea promedio.
- ❖ Es posible que usted presente lo siguiente: Sensación de calor a través de su cuerpo, Sabor metálico en la boca, Sensación de mareo, Sensación de frío en el brazo o la pierna donde recibió la inyección, Un breve período de náuseas o vómito, Comezón o ronchas, dificultad para respirar, edema (hinchazón) de la garganta o edema (hinchazón) de otras partes del cuerpo (muy poco frecuente), *alteración de la función renal.*

Debe informar al funcionario que le esté realizando la prueba si usted experimenta cualquiera de estas sensaciones. Por lo general, son leves y desaparecen rápidamente. En casos muy poco frecuentes, estos efectos secundarios pueden ser graves.

COPIA CONTROLADA

FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAC CON MEDIO DE CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO	Pág 4 De 4
	Código del Documento:	IMG-FOR-026	Versión 4
FECHA: Noviembre 9 de 2015			

¿Qué sucederá después?

Después de una prueba que incluye contraste por vía intravenosa, sus riñones ayudarán a filtrar el medio de contraste fuera de su organismo. Asegúrese de beber mucha agua después de la prueba, a menos que su médico le indique lo contrario. Si su médico lo considera, debe incluir una prueba de creatinina para verificar la función renal.

TIEMPO DEL ESTUDIO: Gracias a nuestra tecnología el tiempo de duración del estudio es muy corto, usted estará expuesto a radiación solo unos segundos, en éste lapso se encontrará solo en la sala de examen, sin embargo, el tecnólogo podrá verlo, oírlo y hablarle en todo momento. Luego del examen usted puede realizar sus actividades normales.


AUTORIZACION

Yo----- de --
-----años de edad, domiciliado en la ciudad de -----, con
documento de identidad No.-----, en mi calidad de ---
-----(*paciente, representante legal, familiar*) del paciente:

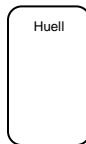
DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO SOBRE la naturaleza y propósitos del estudio propuesto, también se me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos inherentes al estudio. Se me ha dado la oportunidad de conocer acerca del TAC y medios de contraste, de hacer preguntas, habiendo comprendido el significado del procedimiento. De ésta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981. Y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente, y en tal caso exonero a la **Fundación Alejandro Londoño** como responsable de cualquier evento adverso que pudiera presentarse.

AUTORIZO A LA FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO, para que me sea
realizado el estudio de TAC -----

FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAC CON MEDIO DE CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO	Pág 5 De 4
	Código del Documento:	IMG-FOR-026	Versión 4
FECHA: Noviembre 9 de 2015			

Estoy satisfecho con la información proporcionada y entiendo que éste documento puede ser revocado por mi o mi representante en cualquier momento, antes de la realización del procedimiento. En uso de mis plenas facultades y conocimiento firmo el presente consentimiento en la ciudad de Armenia, Quindío, a los..... días del mes de ----- de 201.....

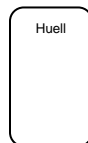


Firma e identificación paciente
O de la persona que autoriza la realización del estudio

REVOCATORIA


Yo -----, identificado con documento de identidad No -----, en mi calidad de -----(paciente, representante o apoderado), declaro que he sido debidamente informado por la Fundación Alejandro Londoño sobre el procedimiento, beneficios, riesgos, posibles complicaciones, y aún estando satisfecho con la información proporcionada, **no doy autorización para que me sea realizada dicha prueba.** Esta decisión la tomo en uso de mis plenas facultades y conocimiento, y asumo los riesgos por no ser sometido a ésta exploración.

Firmado en la ciudad de Armenia, Quindío a los -----días del mes de ---
-----de 201



Firma e identificación paciente
O de la persona que autoriza la realización del estudio

FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAC CON MEDIO DE CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO	Pág 6 De 4
	Código del Documento:	IMG-FOR-026	Versión 4
FECHA: Noviembre 9 de 2015			

Elaboró/Modificó: COORDINADOR DE CALIDAD	Revisó: TECNOLOGO EN IMAGENOLOGIA	Aprobó: GERENTE
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha: