



Solicitud de Tomografía computada con contraste endovenoso en situación de riesgo vital.

Nombre paciente: _____

Rut: _____ Estudio a solicitar: _____

Fecha: _____

REQUIERE EL PACIENTE UN TAC DE EMERGENCIA POR RIESGO VITAL?

___ **SI, Hacer TAC inmediatamente** (En caso de antecedentes de alergias, hacer premedicación indicada en casos urgentes con riesgo vital. El consentimiento informado **siempre** firmado de acuerdo a protocolo institucional)

___ **NO** (Proceder según protocolo de seguridad para prevención de eventos adversos asociados a exámenes Imagenológicos invasivos con uso de medios de contraste endovenoso en base a yodo y gadolinio)

Yo Dr. (a) _____ RUT _____

Indico realización de tomografía computada solicitada por encontrarse paciente en situación clínica de riesgo vital.