



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA (TAC O SCANNER)

Vamos a informarle sobre la exploración que su médico nos solicita que le practiquemos. No pretendemos alarmarle.. Solo queremos que usted conozca la prueba que se le va a practicar y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizarla o rechazarla.

El examen de TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA (TAC O SCANNER) que su médico le ha solicitado se realiza mediante Rayos X. Consiste en visualizar el interior de una zona del cuerpo, mediante la práctica de unas radiografías especiales (tomografías). Toda radiografía comporta la radiación de una parte de su cuerpo con radiación ionizante, que aunque, en dosis muy bajas en algún caso pueden comportar un riesgo de salud. Durante la prueba puede ser necesario la administración de un contraste yodado intravenoso, en la mayoría de los casos no produce molestia alguna, salvo la causada por la punción. Sin embargo, ocasionalmente pueden producirse reacciones alérgicas al contraste, leves en su mayoría. Excepcionalmente, estos riesgos pueden ser algo mayores, por lo que es importante que nos comunique si se encuentra en alguna de estas circunstancias.

TITLE

MMETFORMINA

MANEMIA

MPULMON

MCONTRASTE PREVI

MALERGIACONTRASTE

MALERGIA

MTEXTO

SI USTED ESTA EMBARAZADA O CREE QUE PUEDE ESTARLO POR FAVOR, AVÍSENOS

¿Qué alternativas hay?

Aunque existen otros métodos de estudio y diagnóstico por imagen (ecografía, resonancia magnética....), en su caso particular se ha considerado que esta es la prueba, o una de las pruebas más adecuada para el estudio de su problema.

Así pues se me ha informado sobre las limitaciones inherentes a la técnica. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado las dudas que le ha planteado. Y en tales condiciones,

Consiento

SR RODRIGUEZ PASCUAL, MARIA LUISA

46402720J

24/06/2017

Firma