



Centro de Responsabilidad
Imagología

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE



Como parte del procedimiento/examen _____ que se me fue explicado, podría ser necesario administrar medio de contraste yodado (contiene yodo), en una vena o arteria, según el protocolo del mismo.

Este medio contraste yodado permite resaltar o visualizar las venas, arterias y algunos órganos internos, para observar si existen lesiones, que de otra forma pasarían desapercibidas, por lo tanto aumenta la sensibilidad del procedimiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

En la mayoría de los casos el medio de contraste no produce ninguna molestia.

A veces, puede dar sensación de calor, mal sabor, sequedad de boca y garganta. Son efectos esperados y pasajeros.

Las complicaciones son muy raras, pero ocasionalmente pueden producirse:

- Extravasación del contraste. La vena o arteria podría romperse durante la inyección, provocando la salida del medio de contraste y acumulándose fuera del vaso. No es peligroso y generalmente se soluciona en dos o tres días con tratamiento médico.
- Reacciones leves como náuseas, vómitos, picores y manchas en la piel (urticaria). No precisan medicación o se corrigen fácilmente con la medicación adecuada.
- Reacciones graves como dificultad respiratoria, alteración circulatoria y otros síntomas graves (pérdida de conciencia, convulsiones, etc.) Este tipo de reacciones se da en 4 de cada 10.000 pacientes y necesitan tratamiento médico. Excepcionalmente el contraste yodado puede producir desenlace fatal, en 1 de cada 150.000 pacientes.

Si ocurriera cualquier complicación o evento adverso, este servicio dispone del protocolo y los medios necesarios para prestar una oportuna atención, en todo momento.

DECLARO

Que he recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Que he recibido una copia del formulario y que he comprendido lo escrito en el mismo.

Que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

En consecuencia:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDIO DE CONTRASTE YODADO

Nombre y Apellidos del Paciente	Rut	Firma Paciente
--	------------	-----------------------

Nombre y Apellidos del Representante	Parentesco	Firma Representante
	Rut	

Nombre y Apellido del Profesional	Firma del Profesional
--	------------------------------