

Autorización para la administración de medios de contraste intravascular

Vd. paciente va a ser sometido a una prueba que requiere la administración intravascular (por vena o arteria) de un contraste yodado, para poder ver sus vasos sanguíneos y otros órganos (riñón, páncreas, bazo, etc.). Su médico cree que esta prueba proporcionará información que nos ayudará a diagnosticar su problema.

Aunque recientemente se han introducido en el mercado contrastes de muy poco riesgo, debe saber Vd. que éstos existen, y que pueden ser:

- Reacciones menores: náuseas, picor, habones, que no requieren ningún tratamiento y ceden solas. La probabilidad de estas reacciones es de una cada cien pacientes.
- Reacciones serias: Sensación de ahogo, palpitaciones, convulsiones, pérdida de conciencia, que requieren tratamiento médico. La probabilidad de estas reacciones es de uno por cada seis mil pacientes.
- Fallecimiento: Es muy raro, siendo el riesgo de tan sólo uno por cada cien mil pacientes, aproximadamente.
- Si Vd. desea alguna pregunta, no dude, por favor, en hacerlo, dirigiéndose al Técnico o al Radiólogo.

Cuestionario

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Diabetes. |
| <input type="checkbox"/> Mayor de 70 años. | <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatía. |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal. | <input type="checkbox"/> Asma. |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca. | <input type="checkbox"/> Historia de alergia. |
| <input type="checkbox"/> Historia coronaria. | <input type="checkbox"/> Reacción anterior a un medio de contraste. |

Para cualquier duda, aclaración y/o información, le rogamos se ponga en contacto con el técnico o el médico radiólogo responsable de la prueba, previa realización de la misma.

Autorizo

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto por el facultativo abajo firmante, manifiesto de forma libre y consciente mi CONSENTIMIENTO para su realización. También se me informa que puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Nombre: D.N.I:

Firma del paciente,

**Firma del médico responsable,
Nº de Colegiado:**

En, a de de 2.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, madre, tutor, etc.).

Nombre: D.N.I:

Firma:

En calidad de autorizo la realización del procedimiento mencionado.

En, a de de 2.....

No autorizo

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (táchese lo que no proceda) DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Motivo:

.....
.....

**Firma del paciente,
D.N.I.:**

**Firma del testigo,
D.N.I.:**

**Firma del médico,
Nº de Colegiado:**

En, a de de 2.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, madre, tutor, etc.).

Nombre: D.N.I:

Firma:

En calidad de deniego/revoco (táchese lo que no proceda) la autorización para realizar el procedimiento mencionado.

En, a de de 2.....