INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE T.A.C CON CIV

D/Dña:.....con D.N.I.....

está citado/ el día / / 202 a las ..... horas para la realización de un T.A.C de.....(indique parte del cuerpo).

Fecha de Nacimiento:.....Peso Aproximado.....

USTED DEBE SABER:

Su especialista ha solicitado un TAC que requiere la inyección intravenosa de un medio de contraste yodado, al considerar que esta es la prueba diagnóstica más adecuada en relación a su patología,

Los contrastes yodados de los que disponemos en la actualidad (No iónicos y de baja osmolaridad) pueden provocar la aparición de reacciones adversas en escasas ocasiones, dato que usted debe conocer.

Estas reacciones adversas son diversas, de mayor o menor importancia, y figuran a continuación:

1. Reacciones leves/moderadas: constituyen la mayoría de ellas. Consisten en sensaciones desagradables como náuseas, vómitos, picores o urticaria.
2. Reacciones graves: incluyen dificultad respiratoria, arritmia cardiaca, convulsiones, insuficiencia renal o pérdida de conciencia. La probabilidad de que se produzcan es del 0,04% (4 de cada 10.000 pacientes).
3. Riesgo Vital: es excepcional. La posibilidad de que ocurra es de 1 de cada 100.00 – 150.000 pacientes.
4. Reacciones derivadas por la extravasación del contraste. En ocasiones, el medio de contraste puede salir accidentalmente de la vía intravenosa y acumularse en los tejidos blandos circundantes, lo que puede provocar molestias o inflamación local.

En caso de que se produzca alguna de estas situaciones, se aplicarán de inmediato las medidas necesarias para su correcto tratamiento y seguimiento.

Para la administración del contraste deberá estar en ayunas de 2 horas.

Si necesita alguna aclaración o explicación adicional, no dude en solicitársela al personal sanitario que le atiende.

CUESTIONARIO MÉDICO PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE

Por favor, marque la respuesta correspondiente en cada caso:

- **Reacciones Adversas y Alergias**

Pregunta	☑ Sí	✗ No
¿Ha tenido alguna reacción adversa previa a un medio de contraste?	☐	☐
¿Es alérgico/a a algún medicamento? Especifique cuál: _____	☐	☐
¿Padece alguna enfermedad renal diagnosticada y/o está en tratamiento con diálisis?	☐	☐
¿Padece alguna enfermedad importante? Especifique cuál: _____	☐	☐

- **Otras Condiciones Médicas Relevantes**

Indique si padece alguna de las siguientes condiciones médicas:

Condición	☑ Sí	✗ No
Diabetes (en tratamiento con metformina)	☐	☐
Hipertiroidismo (en crisis actual) ¿O va a someterse a tratamiento con yodo radiactivo?	☐	☐
Asma	☐	☐
¿Ha sido madre recientemente y está en periodo de lactancia?	☐	☐

Nota: La administración de contraste no produce efectos nocivos en el bebé. Sin embargo, puede alterar el sabor de la leche materna.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la denegación si esto llegara a suceder.

Fecha:……

Nombre del paciente……D.N.I……. Firma del médico
(firma)

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.

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para la realización de la prueba/para la administración de medio de contraste, ***(táchese lo que no proceda)*** haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.
Motivo:.....
.....
Nombre paciente,……D.N.I……Firma testigo, Firma Médico,
(firma)

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.....deniego la autorización para la realización del procedimiento.