

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS

Nombre y apellido del paciente:

Edad:

Tipo y número de documento:

Protocolo nro:.....

Estudio:.....

Su médico le ha solicitado un estudio con utilización de contraste yodado:

A la vista de la experiencia recogida a nivel de estudios clínicos y estadísticos nacionales e internacionales se considera que no existe un método que permita determinar la "sensibilidad" de cada paciente y su posible reacción a los medios de contraste yodados que se inyectan en una vena para realizar los estudios con contraste.

Normalmente, los medios de contraste actuales son considerados seguros. Sin embargo su inyección implica cierto riesgo. Ocasionalmente pueden presentarse reacciones leves o severas, las muy graves son excepcionales (un caso cada 50.000).

Los pacientes que tienen riesgo de experimentar reacciones son:

- ◆ Los que han tenido reacciones anteriores severas con sustancias de contraste yodadas y que han requerido tratamiento.
- ◆ Los que tienen antecedentes alérgicos o asma.
- ◆ Los que presentan antecedentes de enfermedad cardíaca severa (insuficiencia cardíaca o renal).
- ◆ Los que tienen Policitemia, Mieloma o Feocromocitoma.-

En los demás casos, se considera que un esquema de prevención con medicamentos disminuye la posibilidad de reacciones adversas, que es el que le hemos indicado.

Declaro haber leído la información previa, notificándome y sumiendo los riesgos que ello implica habiendo realizado la premedicación indicada.-

Firma del paciente:

Aclaración.....