



SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Radiología. Estudios funcionales. Ecografía. Doppler Color. Ecocardiografía Color. Mamografía.

SAN MARTÍN DE LOS ANDES

Consentimiento Informado Uro Tc

Nombre completo del paciente

Nombre de los familiares o terceros_.....

Nombre del médico que realiza el procedimiento:

DOCUMENTO DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Por el siguiente doy mi consentimiento para que se me realice una Tomografía computada con contraste iodado (no iónico, de baja osmolaridad) endovenoso. El examen se realiza mediante una inyección endovenosa de sustancia de contraste iodada (no iónico, de baja osmolaridad), que permite observar la anatomía a estudiar.

El procedimiento ha sido prescripto por el Dr.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo los riesgos significativos y alternativas disponibles. Las complicaciones del estudio son infrecuentes pudiendo ocurrir hematomas en el sitio de la inyección, irritación local y reacciones adversas con repercusión en la piel(picazón, ronchas, trombosis venosa, etc.)o generales como nauseas y vómitos, descenso de la presión arterial y dificultades respiratorias, incluso fallecimiento. Las reacciones severas son muy poco frecuentes y no están desencadenadas por reacciones de tipo inmunológicos ni de hipersensibilidad , careciendo por este motivo de valor científico los test cutáneos tendientes a descartar supuestas reacciones alérgicas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales, presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la practica o procedimiento.

Fecha:

Firma y aclaración del paciente:

Firma y aclaración de familiares o terceros:

Negativa a recibir información / Firma y aclaración: