

## PROCEDIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS RADIOLÓGICAS QUE REQUIERAN CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO.

Su médico le ha prescrito una prueba de imagen que utiliza radiaciones ionizantes y le ha sido prescrita con la utilización de medio de contraste yodado intravenoso que es eliminado fundamentalmente por los riñones.

Este contraste puede tener algunas reacciones adversas que usted debe saber antes de someterse al mismo.

Se ha realizado antes esta prueba.....Tuvo alguna incidencia.....

Es importante que tengamos en cuenta los *riesgos personalizados*, aquellas patologías que usted tiene y que nos tiene que comunicar antes de la realización de la prueba como son:

Antecedentes de alergia a este contraste yodado o a otras sustancias, diabetes, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática...) .....

*Reacciones adversas:* **REACCIONES LEVES:** son las más frecuentes (casi un 99%) calor generalizado, enrojecimiento de cara y náuseas. No necesitan tratamiento la mayoría de las veces y ceden en pocos minutos.

**REACCIONES MODERADAS:** urticaria localizada, rinitis, conjuntivitis, edema, broncoespasmo leve y vómitos. Se corrigen con la medicación adecuada.

**REACCIONES GRAVES:** urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Generalmente se corrigen con tratamiento adecuado y se dan en aproximadamente 4 de cada 10.000 pacientes a los que se les administra el contraste.

Se menciona el riesgo excepcional de muerte en el 0,27 por cada millón de exploraciones.

En algunas ocasiones se han descrito *reacciones adversas tardías* tras varios días de la realización de la prueba, suelen ser leves y cutáneas.

También debe saber que puede ocurrir la *extravasación del contraste* por rotura de vena, será tratado en el momento y se le darán las indicaciones necesarias. Esto es más frecuente en pacientes que tienen patología de su árbol vascular y pacientes oncológicos lo cual debe usted avisar antes de la realización de la prueba.

***Nuestro personal sanitario está en contacto con usted en todo momento y le administrará el tratamiento oportuno si así lo requiere.***

Si después de leer este informe necesita usted alguna aclaración, no dude en preguntar a nuestro personal.

**CONSENTIMIENTO**

PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL

D / Dña.....

DNI .....

Declaro que he recibido y entendido la información sobre las características de la prueba y los eventuales riesgos que conllevan. Satisfecho con la información recibida.

DECIDO.....( SI / / NO ) dar mi consentimiento para la realización de la prueba por los profesionales que se precisen y soy responsable de mi decisión.

Málaga a .....de.....de.....

**FIRMADO:**

**PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL.**

Revoco mi decisión..... FIRMADO:.....

Observaciones:

Revisado por: