



UNIDAD DE IMAGENOLÓGÍA

INSTRUCTIVO PARA PROCEDIMIENTOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA



Señor(a) Paciente:

Su médico tratante le ha solicitado un examen que necesita **MEDIO DE CONTRASTE** para una Tomografía Computada (Scanner), por lo cual debemos informar lo siguiente:

- a) Este examen se realizará con medio de contraste yodado no iónico, que permite visualizar estructuras, que a su médico le permitirá realizar un mejor diagnóstico y un tratamiento adecuado.
- b) El medio de contraste es un líquido que se inyecta a la vena, se reparte por todo el cuerpo y que podría producir algunas **molestias leves**, las que son impredecibles, como calor, picazón, náuseas, etc.
- c) Estadísticamente se puede ver en 4 de cada 10.000 personas **molestias graves**, como dificultad respiratoria, arritmia, insuficiencia renal. Pero con un tratamiento **MÉDICO** adecuado se soluciona este problema.
- d) Es muy importante que Ud., comunique a nuestro personal si tiene alguna enfermedad conocida (diabetes, insuficiencia renal, asma), o algún tipo de **ALERGIA** o ha presentado reacciones **ADVERSAS AL MEDIO DE CONTRASTE**, para poder realizar un tratamiento preventivo antes del examen.
- e) Si tiene alguna duda, llámenos al fono 25681832 en Sede Providencia y al 25744458 en Sede Quinta Normal.

He tomado conocimiento y doy mi autorización para realizar el examen, pues se ha cumplido con el requisito de consentimiento informado.

Nombre del paciente:

Cédula de identidad del paciente:

Firma paciente: **Fecha:**

En caso de no poder contestar y/o firmar el paciente, este consentimiento debe ser llenado por acompañante o médico tratante, en caso de pacientes hospitalizados.

.....
Nombre Médico o Acompañante

.....
Firma Médico o Acompañante

.....
Nombre y firma Tecnólogo médico que realiza el examen contrastado

**ENCUESTA DE DETECCIÓN DE ANTECEDENTES PREVIOS
FRENTE AL USO DE MEDIOS DE CONTRASTE**

Debido a que el medio de contraste puede producir algunos efectos no deseados, y de una manera de prevenir esto, necesitamos conocer algunos antecedentes:

Ha usado medio de contraste	SI	NO
Presento alguna reacción	SI	NO
En caso de ser SI su respuesta indique cuál		
Es usted asmático	SI	NO
Diabetes Mellitus	SI	NO
(Indique uso de Metformina)	SI	NO
Enfermedades a los Riñones	SI	NO
¿Cuál enfermedad?		
Enfermedades al Hígado	SI	NO
¿Cuál enfermedad?		
Enfermedades al Corazón	SI	NO
¿Cuál enfermedad al corazón?		
Enfermedades a la tiroides	SI NO	SI NO
	Hipertiroideo	Hipotiroideo
Es Ud. Alérgico	SI	NO
¿A que es alérgico?		
Uso de Tabaco	SI	NO
Bebe Alcohol	SI	NO
Otras enfermedades		
Si ha sido operado de algo		
¿Desea informar algo más que crea importante que sepamos?		