

CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. COLONOSCOPIA VIRTUAL

INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

La Colonografía por Tomografía Computarizada (Colonografía-TC), también llamada Colonoscopia Virtual utiliza un TC-Scanner con dosis bajas de radiación para obtener imágenes del colon, para poder identificar pólipos u otros tumores. El examen se realiza insertando un pequeño tubo para distender el colon con aire. La duración de la prueba, aunque es variable puede estimarse entre 10 y 15 minutos. Aunque habitualmente no requiere contraste intravenoso, en algunas ocasiones, puede ser necesario para completar el estudio.

Beneficios. El examen es mínimamente invasivo, la Colonografía TC es una alternativa excelente para aquellos pacientes en los que la colonoscopia directa no puede realizarse, o no se puede completar la visualización de todo el colon. No se necesitan sedantes o calmantes, regresando al término de la prueba a sus actividades normales.

Riesgos. Existe un riesgo muy pequeño que al introducir aire, se pueda dañar o perforar el colon se calcula que esto sucede en menos de 1 cada 10.000 pacientes. La Colonografía-TC no se recomienda en paciente que tengan enfermedad de Crohn activa colitis ulcerosa, enfermedad inflamatoria intestinal o diverticulosis por incrementar el riesgo de perforación del colon.

El riesgo de cáncer como exposición excesiva a la radiación es mínimo en esta prueba siendo mucho más importante el beneficio del diagnóstico que el riesgo teórico de la misma.

El embarazo es una contraindicación para esta prueba con lo que tiene que comunicarlo ante la más mínima sospecha.

El contraste yodado es una sustancia generalmente bien tolerada. La inyección puede hacerle notar cierta sensación de calor, e incluso sabor metálico. En raras ocasiones el contraste yodado puede provocar reacciones alérgicas que generalmente son leves (náuseas, picores, pequeñas reacciones en la piel) y muy excepcionalmente pueden ser graves o muy graves (el porcentaje de fallecimientos es menor de un caso por millón de estudios realizados), requiriendo de asistencia médica inmediata. En nuestra clínica contamos con el personal y medios técnicos necesarios para ofrecerle una asistencia urgente. Actualmente no existe ningún medio eficaz para prevenir o poder predecir si se es alérgico al yodo. En ocasiones se utiliza contrastes por vía oral. El contraste oral prácticamente no tiene efectos secundarios, salvo que ocasionalmente puede producir un aumento del ritmo intestinal y llegar a provocar una leve diarrea. En caso de ser alérgico al yodo puede sustituirse por un contraste de Bario.

PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web www.resona.es

PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

COLONOSCOPIA VIRTUAL

DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.

Lugar: C/ Españoleto Nº 24 (Entrega).

Horario: De lunes a viernes de **11 a 14 y de 17 a 20 h.**

TLF.- 91 3084088

Consulta de resultados resona.resultados@resona.es

Visite nuestra WEB: www.resona.es

COLONOSCOPIA VIRTUAL

Toda la información que pueda aportarnos será muy útil para la realización del informe de su prueba. Ante cualquier duda o información adicional que pueda aportarnos, no dude en hacérselo saber a nuestro personal técnico.



CONTRAINDICACIONES DE LA PRUEBA.

- ¿Está o puede estar embarazada? _____. En caso afirmativo debe usted saber que la prueba está contraindicada en su estado, por lo que ha de comunicarlo al personal de esta clínica y consultar posibles alternativas con su médico.
- ¿Ha tenido usted algún episodio previo de reacción severa a un medio de contraste? _____
- ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica (cardiaca, hepática, renal, cerebral, oftalmológica)? _____ En caso afirmativo ¿Cuál? _____



INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA.

- ¿Por qué motivo le piden la prueba? _____
- ¿Esta operado/a? _____ En caso afirmativo ¿De qué? _____
- ¿Tiene antecedentes tumorales personales? _____ En caso afirmativo ¿Ha sido sometido a algún tratamiento (quimioterapia, radioterapia,...)? _____
- ¿Es usted alérgico a alguna sustancia? _____ ¿Le han administrado alguna vez contraste yodado? _____ ¿Es alérgico al yodo? _____
- ¿Ha sufrido algún síntoma o reacción alérgica? _____ En caso afirmativo descríbalo _____
- ¿Tiene insuficiencia renal? _____ ¿Es diabético? _____ ¿Toma metformina? _____.
- ¿Ha sufrido algún episodio de diverticulitis aguda en los últimos 3 meses? _____

El abajo firmante declara que, los datos que ha consignado son ciertos y que se ha puesto a su disposición, en el reverso de esta hoja, información escrita sobre la prueba que se va a realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales y de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autoriza a RESONA el uso de las imágenes de sus estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** _____ **DNI.** _____
o **REPRESENTANTE LEGAL**

Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del Paciente o Representante Legal:

C.S. COLONOSCOPIA VIRTUAL Ed. ABR - 2022

RELLENAR POR EL PERSONAL DE RESONA.

Conteste Si o No al siguiente cuestionario

He confirmado el nombre con la paciente.	
He confirmado el estudio que hay que realizar al paciente.	
He confirmado la lateralidad del estudio con el paciente (escribir derecha o izquierda).	
He puesto contraste.	

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del TER.

Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y firmará esta hoja, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./D^a _____ con DNI _____ . AUTORIZO a D./D^a _____ con DNI _____ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del paciente _____ Firma de la persona que recoge el estudio _____