

CONSENTIMIENTO INFORMADO TC-SCANNER CON CONTRASTE

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

Se va a realizar una prueba mediante Tomografía computarizada (TC-SCANNER). Se trata de un estudio que utiliza radiaciones ionizantes, por ello ha rellenado usted un **CUESTIONARIO DE SEGURIDAD**. El radiólogo ha evaluado su caso y ha decidido la administración de un contraste yodado por vía intravenosa para una mejor visualización de las estructuras anatómicas. La inyección del contraste se realiza a través de una bomba automática, coordinada con el Scanner.

Preparación: 5 horas de ayuno. Puede beber agua si necesita tomar su medicación habitual.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO.

El contraste inyectado rellena los vasos sanguíneos. Lo que permite analizar su posible patología. Además tiñe algunas lesiones de manera diferente que el tejido normal mejorando así su detección.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS SECUNDARIOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO.

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 contraste 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 se puede sustituir por un contraste de Bario.

DESCRIPCIÓN DE RIESGOS PERSONALIZADOS.

De acuerdo el cuestionario de seguridad y datos sanitarios que nos ha facilitado, los riesgos adicionales que usted asumiría al consentir esta prueba serían: _____

Cree usted que en su caso existen otros posibles riesgos que debemos conocer: _____

POSIBLES PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS.

Para obtener un diagnóstico de su enfermedad, la alternativa podría ser otro estudio diagnóstico como Resonancia Magnética o obtener una muestra mediante biopsia. En su caso particular, se ha considerado que ésta es la prueba diagnóstica más adecuada.

Si después de leer detenidamente este informe desea más información o necesita alguna aclaración, por favor no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. La firma de este consentimiento no cierra por nuestra parte la obligación de informarle durante todo el proceso asistencial, de modo que **usted puede mantener o retirar su consentimiento en cualquier momento**.

Declaro, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, que he sido informado de forma comprensible sobre la utilidad, naturaleza y riesgos de los procedimientos mencionados. Quedo satisfecho con la información recibida, con mayor motivo tras haber podido formular las preguntas que he creído convenientes y recibido la información suficiente a todas mis dudas. Se me proporcionará además una copia de este documento si así lo deseo. En consecuencia, **doy mi consentimiento para su realización y acepto los riesgos inherentes al procedimiento que me van a efectuar**. Si surgiera alguna situación imprevisible urgente que requiriese algún procedimiento distinto al que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____

Fdo.: _____

(Nombre y apellidos del médico y Nº Colegiado)

(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

(*) Representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D / D^a _____ como paciente (o representante del paciente
D / D^a _____), manifiesto de forma libre y consciente mi

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para _____ ,
haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

C.I. TAC. Ed.1 ENE - 2021

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____

Retiro la autorización para la realización del procedimiento indicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

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