



INSTITUTO ARGENTINO DE  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO S.A.

**TOMOGRAFIA COMPUTADA CON CONTRASTE ENDOVENOSO**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, .....D.N.I.....  
He sido informado por el Dr/a.....  
Que se me realizará el procedimiento diagnóstico/ terapéutico.....  
.....  
que me ha solicitado el Dr./a.....

Se me ha explicado y yo entendí, que para la realización del mismo es necesario la inyección de medios de contraste endovenosos. Se me informó que por efecto indeseado de dicha sustancia puedo presentar reacciones secundarias leves, consistentes en sensación de calor en todo el cuerpo, náuseas, urticaria y aumento del ritmo cardiaco, que desaparecen en poco minutos y no requieren tratamiento. También se me explicó y yo entendí, que en algunos casos, la administración de sustancias de contraste por vía endovenosa puede provocar inflamación en el sitio de punción venosa las primeras 24 a 48 horas y que de ocurrir esto deberé colocarme hielo y consultar por teléfono o concurrir al Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento.

Se me informó también que, con menos frecuencia (0,00025%), pueden aparecer alteraciones en el ritmo cardiaco, caída de la presión arterial o dificultad respiratoria, que requieren tratamiento y en algunos casos internación. Me ha sido explicado además que con una frecuencia aun más baja (0.0006%) pueden presentarse reacciones con fallo cardiovascular severo. De acuerdo a lo que se me explicó y entendí, los mecanismos de estas reacciones son debidas a múltiples causas, no todas bien conocidas, que son permanente motivo de investigación médica. También se me explicó y yo he tomado conocimiento, que el Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento dispone de personal entrenado y medios para enfrentar todas las posibles situaciones. Además se me explicó que actualmente no se dispone de ninguna prueba o test que pueda predecir, con suficiente credibilidad, la posibilidad de ocurrencia de estas reacciones adversas, incluso de haberme efectuado anteriormente procedimientos con sustancias de contraste endovenoso sin inconvenientes. No se puede garantizar que las reacciones indeseadas no puedan producirse en un segundo examen. Se me explicó y yo entendí, que debido a ciertas características fisicoquímicas de estas sustancias, en personas alérgicas, asmáticos, cardiacos, enfermos renales o hepáticos, aumenta la probabilidad de efectos adversos.

Con el objeto de elegir el medio de contraste a utilizar más adecuado y de esta manera aumentar mi seguridad, se me solicitó que previamente al estudio complete el cuestionario para la utilización de medios de contraste endovenoso, que cumpla con las prescripciones que antes y después del estudio efectúen los profesionales intervinientes.

También se me explicó y yo comprendí, que las respuestas que yo de en este cuestionario pueden provocar la postergación o suspensión del procedimiento. He tenido la oportunidad de efectuar todas las preguntas que consideré y me fueron contestadas todas ellas y he comprendido que el estudio de diagnóstico/terapéutico ha sido solicitado por mi médico tratante una vez que evaluó los riesgos/beneficios de su realización. En consecuencia doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento solicitado y autorizo a los médicos del Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento a tomar las medidas que crean oportunas con la finalidad de tratar las posibles reacciones adversas que me han sido suficientemente explicadas.

.....  
Firma del paciente

.....  
Firma del familiar

.....  
... Firma y sello del  
médico



**CUESTIONARIO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS**

Nombre y apellido del paciente:.....

Edad:.....

Estudio Solicitado:.....

Médico Solicitante:.....

Ambulatorio ( ) Internado ( ) Urgencia ( )

Registro:..... Hab:.....

**CUESTIONARIO** (Marcar con "X")

1. ¿Ha realizado alguna vez estudios con inyección de contraste endovenosos?..... SI ( ) NO ( )

2. ¿Presentó reacciones adversas a los medios de contraste endovenosos?... SI ( ) NO ( )

3. ¿Padece enfermedades cardíacas?... SI ( ) NO ( )

4. ¿Padece enfermedades renales?..... SI ( ) NO ( )

5. ¿Padece enfermedades tiroideas?... SI ( ) NO ( )

6. ¿Padece asma bronquial?... SI ( ) NO ( )

7. ¿Tiene antecedentes de enfermedades alérgicas?... SI ( ) NO ( )

8. ¿Padece diabetes?... SI ( ) NO ( )

9. ¿Padece miastenia gravis, mieloma?... SI ( ) NO ( )

10. ¿Padece enfermedades Hematológicas?... SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?.....

11. ¿Consume medicamentos?... SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?.....

**Dejo constancia de haber leído y comprendido este cuestionario y el texto que acompaña.**

.....  
Nombre y Apellido

.....  
Firma

Reacciones durante el estudio: Ninguna ( ) Moderada ( ) Leve ( ) Grave ( )

Médico a cargo del estudio:.....

Fecha:.....

.....  
Firma

.....  
Matrícula Número



## TOMOGRAFIA

### SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

#### CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MEDICOS

La información solicitada nos resultará de suma utilidad para una adecuada interpretación de las imágenes del examen a efectuar. Por tal razón le agradecemos que complete el siguiente cuestionario.

Nombre y apellido: .....

Edad: .....

1) ¿Por qué motivo le solicitaron este estudio? Describa brevemente sus síntomas.

.....  
.....  
.....

2) ¿Padece alguna enfermedad? Mencionalas.

.....  
.....  
.....

3) ¿En alguna ocasión fue sometido a una cirugía? Mencione de qué y la fecha aproximada.

.....  
.....  
.....

4) ¿Recibió alguno de los siguientes tratamientos?

Quimioterapia .....

Radioterapia .....

5) Información adicional referida a su salud que considere de importancia.

.....  
.....  
.....