

CUESTIONARIO DE RADIOLOGÍA

Medio de contraste que contiene yodo

Información del paciente

El procedimiento de imágenes que va a tener requiere del uso de un medio de contraste que contiene yodo. Dependiendo del tipo de procedimiento que tenga, el material de contraste puede ser inyectado a la vena, a una articulación u otra parte del cuerpo, o se le puede pedir que ingiera el material de contraste.

El medio de contraste es utilizado por los radiólogos para ayudar a resaltar las estructuras importantes objeto del examen y para optimizar la precisión de la prueba que va a tener.

Ciertas afecciones pueden influenciar la forma en que usted reaccione al medio de contraste y es importante que nosotros conozcamos dichas afecciones antes del procedimiento. Por lo que debe responder a las preguntas siguientes:

- ¿Está embarazada o dando de lactar? ___ SÍ ___ NO
 - ¿Es alérgica a algún medicamento? ___ SÍ ___ NO
Si lo es, ¿cuáles medicamentos? _____
 - ¿Es usted asmática o utiliza diariamente inhaladores? ___ SÍ ___ NO
 - ¿Anteriormente se le ha inyectado un medio de contraste intravenoso? ___ SÍ ___ NO
¿Tuvo alguna complicación o reacción a la inyección? Si la tuvo, explique:

 - ¿Ha sido premedicada para el examen de tomografía computarizada (CT) de hoy? ___ SÍ ___ NO
De ser así, indique a lista de medicamentos y las dosis: _____
 - ¿Tiene presión arterial alta? ___ SÍ ___ NO
 - ¿Tiene diabetes? ___ SÍ ___ NO
 - ¿Toma Metformin, Avandamet, o medicamentos que contengan Glucophage? ___ SÍ ___ NO
 - ¿Tiene enfermedad renal? ___ SÍ ___ NO
 - ¿Se le hace diálisis? ___ SÍ ___ NO
De ser así, ¿cuándo es su próxima cita para la diálisis? _____
 - ¿Fue diagnosticada alguna vez con alguna de las afecciones siguientes?
- | | |
|--|---------------|
| PROBLEMAS DE FLUIDOS | ___ SÍ ___ NO |
| PARO CARDÍACO O INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA | ___ SÍ ___ NO |
| ATAQUE AL CORAZÓN | ___ SÍ ___ NO |
| ENFERMEDAD DE LA TIROIDES (de ser así, indique la enfermedad: _____) | ___ SÍ ___ NO |
| ALERGIAS AL LÁTEX | ___ SÍ ___ NO |
| MIELOMA MÚLTIPLE | ___ SÍ ___ NO |
| MIASTENIA GRAVE | ___ SÍ ___ NO |
| FEOCROMOCITOMA | ___ SÍ ___ NO |
| ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES | ___ SÍ ___ NO |
| FEOCROMOCITOMA | ___ SÍ ___ NO |
| ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES | ___ SÍ ___ NO |

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CONTRASTE

Medio de contraste que contiene yodo

Su doctor ha pedido que la sometamos a usted a un procedimiento de imágenes, lo cual incluye una inyección de medio de contraste.

El medio de contraste ayuda al radiólogo a interpretar su examen. Ayuda a resaltar la visualización de los vasos capilares y estructuras vasculares, y puede hacer más visible cualquier anomalía que exista. El contraste es filtrado por los riñones y es excretado en la orina.

Hay riesgos cuando se utiliza el contraste. Estos riesgos son menores en la mayoría de los casos, pero algunos pueden ser graves. Entre las reacciones menores se incluyen, entre otros: urticaria, estornudos, erupción o leve inflamación de los ojos, nariz o garganta. Las reacciones más serias se asemejan a una reacción alérgica severa, y pueden incluir la hinchazón de la cara, inflamación de la lengua y/o garganta, dificultades en la respiración, presión arterial baja y, en algunos casos, la muerte. La mayoría de dichas reacciones pueden tratarse con éxito sin medicamentos, los cuales están a su inmediata disposición en nuestro departamento de radiología de ser necesarios.

Su doctor y los radiólogos saben de las raras posibilidades de una reacción al contraste, pero creen que los beneficios de este tipo de estudio superan a los riesgos anotados anteriormente.

He dado lectura a la información precedente y se me ha informado y entiendo los riesgos que existen en este procedimiento. Soy consciente de las posibilidades explicadas y acepto toda responsabilidad por tales reacciones y consecuencias. Yo doy mi autorización y consentimiento para que se me administre el medio de contraste con inyecciones intravenosas. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del paciente/tutor legal (En letra de molde)

Testigo (En letra de molde)

Fecha

Nombre del paciente/tutor legal (Firma)

Testigo (Firma)

Traductor (En letra de molde)

Traductor (Firma)

Fecha