

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO CON MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO YODADO (SCANNER)

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_  
Paciente imposibilitado de aceptar consentimiento informado: Sí:  No:   
Paciente menor de edad: Sí:  No:   
Nombre y apellidos del representante: \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

El medio de contraste es un fármaco líquido que se utiliza para conseguir una mejor visualización de estructuras y posibles lesiones a estudiar.

### RIESGOS POR EL USO DE MEDIO DE CONTRASTE

El contraste endovenoso actualmente es muy seguro, pero muy ocasionalmente, al igual que cualquier otro medicamento puede producir efectos secundarios y/o reacciones alérgicas. Los más habituales son muy leves (nauseas, picor y pequeñas erupciones en la piel).

También de forma muy excepcional los efectos pueden ser graves o muy graves como un shock anafiláctico que requiere asistencia médica externa.

Actualmente no existe ningún medio eficaz para predecir estos efectos indeseables, no obstante, si usted es **asmático o presenta alergia a algún medicamento**, debe informar inmediatamente al personal para dar premedicación pertinente y así prevenir algún evento adverso.

Para la inyección del medio de contraste, es necesario la instalación de una vía venosa periférica y es probable que se produzca un pequeño hematoma en la zona de punción, el cual se reabsorberá lentamente de manera natural sin complicaciones. También de forma muy excepcional puede generar un evento adverso como extravasación que requerirá cuidados adicionales o asistencia médica externa.

**⚠ IMPORTANTE:** DAR AVISO ante sospecha de embarazo.  
Informar si padece de Hipertiroidismo (Contraindicado)  
En caso de cualquier duda debe consultar con el personal a cargo.

Yo (Nombre y apellidos, paciente/representante) \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro haber recibido información clara y comprensible sobre el objetivo de este examen y procedimiento, sus características y riesgos potenciales a mi salud, he tenido la libertad de esclarecer cualquier duda y comprender tal información.

### En consecuencia:

- ACEPTO** que se realice el procedimiento y/o intervención descrita.  
 **RECHAZO** el procedimiento y/o intervención descrita.

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_

Nombre y primer apellido del profesional: \_\_\_\_\_

Firma del profesional \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_