

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:	Rut:
Paciente imposibilitado de aceptar consentimiento informado: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
Paciente menor de edad: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
Nombre y apellidos del representante:	

### PROCEDIMIENTO A REALIZAR

#### OBJETIVO

Por medio de inyección de un fármaco marcado con un isótopo radiactivo la tomografía por emisión de positrones (PET CT) permite obtener información del metabolismo de órganos, tejidos y de posibles lesiones a estudiar.

#### RIESGOS POR EL USO DE MEDIO DE CONTRASTE Y RADIOFÁRMACO:

El fármaco utilizado no genera molestias a la hora de su inyección, sin embargo está contraindicado su uso en pacientes diabéticos no controlados debido a su alto contenido de glucosa.

Una vez inyectado el fármaco radiactivo su organismo emitirá durante algunas horas una cantidad de radiación, por consiguiente, se deben tomar todas las precauciones necesarias para cumplir con los criterios de Protección Radiológica que exigen minimizar en la medida de lo posible cualquier exposición a radiación ionizante no justificadas. Estas medidas son:

Evitar el contacto próximo y prolongado con niños y mujeres embarazadas posterior al examen por un periodo de 24 horas (una separación de a lo menos 2 metros reduce los niveles de radiación a medidas prácticamente inapreciables).

Si usted está amamantando a su hijo, deberá suspender la lactancia y desechar la leche producida, posterior al examen, por un periodo de 24 horas.

Debe beber bastante líquido durante el resto del día para favorecer la eliminación del radiofármaco vía urinaria y así disminuir la dosis de radiación a su vejiga.

De igual manera es muy importante para las pacientes femeninas avisar si existe posibilidad de embarazo.

Para la inyección de radiofármaco es necesaria la instalación de una vía venosa periférica y es muy 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 se puede generar un evento adverso como extravasación que requerirá cuidados adicionales o asistencia médica externa.

### 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:** La complejidad del examen de PET-CT obliga la utilización de un fármaco radiactivo que es fabricado y distribuido por una empresa externa, por tanto, existe la probabilidad de cambiar el día y la hora de su examen. Agradecemos su comprensión.

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

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

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

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