

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Profesional (Primer nombre y dos apellidos del Tecnólogo Médico): _____

Paciente (Nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

Los medios de contraste, en general, son sustancias químicas que poseen la capacidad o característica química de absorber los fotones de rayos X que los alcanzan. De esta forma permiten realzar estructuras que a simple vista radiológica no son posibles de ver, tales como órganos parenquimatosos, cavidades y sistema cardiovascular.

Características

La administración del medio de contraste debe ser por vía endovenosa periférica permeable, cuya instalación debe estar a cargo del

Tecnólogo Médico si el paciente es ambulatorio, en caso contrario (paciente hospitalizado) debe traerla desde la unidad de origen.

La inyección del volumen de medio de contraste estará a cargo del profesional que realice el examen. Los volúmenes a inyectar al paciente dependerán de su edad y examen a realizar y la velocidad de infusión depende del medio de contraste a emplear.

Su médico le ha remitido a nosotros para que se efectúe un examen de imágenes que requerirá del uso de un medio de contraste que deberá ser administrado por vía endovenosa.

Riesgos

Este medio de contraste en algunos pacientes puede producir reacciones adversas como alergia, rush urticarial, estado nauseoso. En casos excepcionales una reacción vagal con baja de la presión o una extravasación local de este medio de contraste.

Estas reacciones adversas suceden en menos del 1% de los pacientes.

Se han descrito casos aislados de shock anafilácticos graves que si no son debidamente tratados pueden llegar incluso a producir la muerte.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de este examen y de los riesgos que conlleva el uso de medio de contraste.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de exámenes con **MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO YODADO**.

Firma Tecnólogo Médico

Firma Paciente

Firma de Representante Legal