

- Comprar en la farmacia con antelación SOLUCIÓN EVACUANTE LAINCO C.N. (659973.0).
- **Tres días antes de la exploración:** no tomará ningún tipo de verduras, legumbres, patatas ni bebidas carbónicas.
- **Dos días antes de la prueba:** se tomará un comprimido de FLATORIL antes del desayuno, comida y cena.
- **El día anterior a la exploración:** tomará SOLUCIÓN EVACUANTE LAINCO, un sobre diluido en un vaso de agua cada media hora hasta un total de 8 vasos (8 sobres), con el fin de limpiar su intestino.
- **El día anterior a la exploración** hará una cena ligera y desde ese momento permanecerá en ayunas sin beber agua ni fumar.
- **El día de la prueba** acudir con el consentimiento informado (se adjunta) cumplimentado y firmado.

Solicitar **cita** directamente en el servicio de Radiodiagnóstico del Hospital
Teléfono 91 409 74 23 extensión 30333

Acudirá al Servicio de Radiología el día.....a las.....horas.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBAS RADIOLÓGICAS QUE REQUIERAN ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO

Usted va a realizarse una prueba radiológica a petición de su médico. Esta prueba utiliza Rayos X para estudiar el interior de su cuerpo. Esta prueba puede proporcionar una información que nos ayudará a comprender y tratar mejor su enfermedad. Como parte de la exploración es necesaria la administración de un medio de contraste yodado. Estas sustancias, tras inyectarse por una vena, permiten ver mejor algunos órganos internos y estudiar si presentan lesiones y de qué tipo son estas.

En la mayoría de los casos la inyección intravenosa de contraste no produce molestia alguna, salvo la de punción. Sin embargo, ocasionalmente, pueden producir efectos secundarios adversos de diferentes tipos.

Como cualquier medicamento, los contrastes administrados por vía venosa pueden dar lugar a complicaciones, algunas debidas a enfermedades del paciente y otras a reacciones adversas al contraste. Estas reacciones pueden ser leves (calor, enrojecimiento de la piel, erupciones, náuseas, vómitos...), aunque en raras ocasiones pueden ser graves, con complicaciones cardiovasculares y respiratorias que requieran un tratamiento complejo.

En todo momento usted estará atendido por un equipo de profesionales preparado para tratar cualquier eventualidad.

Excepcionalmente los medio de contraste pueden producir la muerte (1 caso cada 100.000-150.000 exploraciones).

Usted debe saber que no se dispone de ninguna prueba previa que permita conocer en que personas se va a producir una reacción.

A continuación cumplimente este cuestionario:

¿Está embarazada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene algún tipo de alergia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo especifique: _____		
¿Está en ayunas desde hace al menos 6 horas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es diabético/a?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si lo es ¿se inyecta insulina?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de riñón?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de corazón?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene la tensión alta?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene la dentadura postiza?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se ha realizado antes alguna prueba con contraste venoso?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿tuvo algún tipo de reacción?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBAS RADIOLÓGICAS QUE REQUIERAN ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO

CONSENTIMIENTO

El/la paciente D/ Dña. con DNIo
en su nombre su tutor/familiar D./Dña con
DNI HE COMPRENDIDO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO Y DESPUES DE HABER
HECHO TANTAS PREGUNTAS HE ESTIMADO NECESARIAS, DECLARO QUE ESTOY SUFICIENTEMENTE
INFORMADO Y DOY MI CONSENTIMIENTO SABIENDO QUE PUEDO REVOCARLO EN CUALQUIER
MOMENTO, ANTES DE SU REALIZACIÓN.

Y, para que conste, lo firmo en Madrid a..... de.....de.....

Firma del paciente o representante.

El Dr/Dra..... Es el responsable de esta prueba: he informado
(directamente o por medio de personal competente) a este/a paciente o el tutor/familiar acerca de los
contrastes y sus posibles riesgos.

Firma del médico radiólogo.

DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma
libre y consciente mi DENEGACION DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de
las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma del paciente o representante
Nombre y apellidos:
DNI:

Firma de Médico Radiólogo