

Nombre y Apellido: _____ Fecha: ____/____/____

DNI: _____ Peso: _____ kilos.

A usted le han indicado realizarse un estudio con contraste endovenoso. Esto puede mejorar ostensiblemente la información obtenida en muchos estudios radiológicos.

Si bien la inyección de contraste endovenoso es considerada segura, no está exenta de riesgos. Puede presentar reacciones secundarias leves, consistentes en cefaleas, sensación de calor, náuseas, urticaria, aumento del ritmo cardíaco, etc., que generalmente no requieren tratamiento y desaparecen en pocos minutos.

Una eventualidad que puede ocurrir es la extravasación del medio de contraste por lesión de la pared vascular. Se puede producir entre el 0.01 y 0.9%, pudiendo ocasionar inflamación y enrojecimiento de partes blandas en el sitio de la venoclisis. Excepcionalmente puede producir lesiones más severas. En algunos casos, puede provocar flebitis en forma tardía (24-48hs).

Un 0.04% de los pacientes con función renal normal pueden provocar nefropatía inducida por contraste.

Con menor frecuencia pueden aparecer arritmias, hipotensión o dificultad respiratoria que requieren tratamiento y en algunos casos internación. Fueron descriptas también, aunque su frecuencia es muy baja (0,0006%) reacciones con fallo cardiovascular severo.

Este servicio cuenta con personal entrenado y los materiales necesarios para enfrentar las situaciones mencionadas.

Los mecanismos de producción de estas reacciones son múltiples y **no existe método de testificación, ni prueba inmunológica (test de alergia) capaz de predecir la posibilidad de que ellos ocurran.**

De allí la necesidad de conocer algunos antecedentes suyos a través del siguiente cuestionario que sirve para reducir los riesgos y/o tomar las medidas adecuadas en caso de ser necesario.

Marque SI o NO, según corresponda.

	SI	NO
¿Se ha realizado alguna vez estudios con inyección de contraste endovenoso?		
¿Ha tenido alguna vez una reacción previa con el medio de contraste intravenoso? Cual _____		
¿Tiene insuficiencia cardíaca y/o enfermedad coronaria?		
¿Tiene o ha tenido Asma?		
¿Toma medicamentos para la diabetes?		
¿Tiene insuficiencia renal?		

Dejo constancia de haber leído y comprendido lo arriba explicado y doy mi consentimiento a que se administre el medio de contraste radiológico de acuerdo con lo que me indicara mi médico tratante.

Firma _____ Aclaración _____

Paciente Responsable