

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



ADMINISTRACION DE CONTRASTE IODADO

Dr. Pablo Francese
(Jefe de Servicio)

Dr. Enrique Pedemonte - Dr. David Pedemonte (h) - Dr. Santiago Dalgalarando -

Alta Complejidad

Dr. Eduardo Meichtri - Dr. Alejo Dalgalarando -
Dra. Carla Monetti - Dr. Mauro Gutierrez

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Un medio de contraste es una sustancia que incorporada al organismo produce la opacificación del órgano que se desea estudiar. La administración de contraste yodado es una práctica que se realiza mediante la administración por inyección en una vena. En la mayoría de los casos, la inyección no le produce ninguna molestia, salvo la del "pinchazo".

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El objetivo de esta exploración es valorar radiológicamente la estructura y función de una parte de su organismo. Esto nos dará la posibilidad de identificar posibles lesiones y caracterizarlas para llegar a un diagnóstico correcto.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Poder realizar diagnóstico de lesiones eventuales y que su médico pueda optimizar el tratamiento

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

De no realizarlo, tal vez su médico no pueda realizar un tratamiento efectivo, dado que la información del estudio será parcial.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.
Los más comunes son: Sensación de calor, mal sabor en la boca, náuseas, vómitos, picor, urticaria.

RIESGOS POCO FRECUENTES

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves. Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención más compleja, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.
Estas son: Dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal, pérdida de conciencia.
La muerte es excepcional, presentandose con una frecuencia de 1/150.000 pacientes.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

	si	no
SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ ESTUDIOS CON INYECCIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO?		
TIENE ANTECEDENTES PERSONALES DE REACCIONES ADVERSAS?		
TIENE ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA RENAL?		
TIENE ANTECEDENTES DE DIABÉTES?		
TIENE ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL?		
TIENE ANTECEDENTES DE ASMA?		
TOMA BETABLOQUEANTES?		
TOMA METFORMINA?		
TIENE ANTECEDENTES DE MIELOMA MULTIPLE?		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ADMINISTRACION DE CONTRASTE IODADO

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **ADMINISTRACION DE CONTRASTE IODADO**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **ADMINISTRACION DE CONTRASTE IODADO**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO