



**Osakidetza**

**SAN ELOY OSPITALEA  
HOSPITAL SAN ELOY**

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nº Historia Clínica:

**SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
T . C . - ESCÁNER**

Fecha cita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , a las \_\_\_\_ horas.

**INFORMACIÓN**

En la fecha arriba indicada se le va a realizar un **escáner o tomografía computerizada (TC)**, que es una exploración radiológica que utiliza los Rayos X para el estudio de las partes internas del cuerpo. Mediante esta técnica el médico radiólogo podrá estudiar si existe alguna anomalía.

**RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS**

Al realizarse la prueba recibirá radiación ionizante en forma de Rayos X, cuya cantidad es habitualmente mayor en las exploraciones abdominales o pélvicas que en las de cabeza o extremidades. Las dosis de radiación recibidas en estas pruebas no representan ningún peligro inmediato. Sin embargo, ocasionalmente pueden producirse a largo plazo efectos secundarios adversos, debidos al desarrollo de alteraciones genéticas en las células que podrían llegar a provocar la aparición posterior de algún tipo de cáncer (al cabo de los años). Por el mismo motivo, también podrían producirse malformaciones congénitas o cánceres en sus futuros descendientes. No obstante, debe usted saber que la probabilidad de que esto ocurra es baja, motivo por el cual este tipo de procedimientos son ampliamente utilizados con toda normalidad.

En el caso de que sea mujer, si está embarazada o cree que puede estarlo, debe advertirlo al personal que le atienda, antes de iniciar la prueba.

Por otra parte, casi siempre hay que introducir un medio de contraste yodado, generalmente por una vena del brazo, con el fin de ver mejor los vasos sanguíneos y los órganos. A veces también es preciso administrar este líquido por otras vi as, como via oral o rectal. Los medios de contraste son considerados bastante seguros; sin embargo cualquier inyección conlleva un ligero riesgo de daño a nervios, arterias o venas; infección y/o reacción adversa al producto que está siendo inyectado, que sólo en muy pocos casos pueden llegar a ser graves. No obstante, usted debe conocer ese potencial riesgo y asumirlo, motivo por el cual solicitamos su autorización al dorso de este impreso. Los riesgos pueden ser algo mayores en algunas circunstancias, por lo que es muy importante que nos comunique si tuvo en el pasado alguna reacción alérgica al contraste yodado, si padece asma, diabetes, hipertiroidismo, insuficiencia renal o cardiaca, así como si es alérgico a algún medicamento o sustancia, para que tomemos medidas preventivas. Avísenos también si está dando de mamar. La exploración no es dolorosa, pero durante la inyección del contraste puede notar calor, náuseas, ganas de orinar y algunas molestias que generalmente pasan en pocos segundos.

En su caso particular se ha considerado que esta es la prueba diagnóstica más adecuada, pero como alternativa se le ofrecen las siguientes posibilidades: \_\_\_\_\_

Una vez leída esta nota y si tiene dudas o desea alguna aclaración, puede plantearse a su médico.

**PREPARACION:**

**EL DÍA DE LA CITA** acudirá al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Eloy en **AYUNAS** (no ingerir alimentos sólidos ni líquidos durante 6 HORAS ANTES DE LA EXPLORACION) y en correctas **condiciones de aseo**.

**En caso de TC ABDOMINAL Y PÉLVICO:** 1 HORA ANTES DE LA EXPLORACIÓN beberá 750 cc (cuatro vasos) de agua natural.

**En caso de TC DE OTRAS REGIONES:** Acudirá en ayunas, sin necesidad de beber agua.

**DURANTE LA EXPLORACIÓN** para poder obtener unas imágenes de calidad, que permitan un adecuado diagnóstico, es imprescindible que permanezca lo más quieto posible y que siga con atención las indicaciones del personal Sanitario que realice la exploración

**Si no puede acudir el día de la cita, llame al Hospital San Eloy al teléfono 944.00.67.18 para que en su lugar podamos citar a otro paciente.**

**PARA QUE SU EXPLORACION SE REALICE CON LAS MAXIMAS GARANTIAS LE ROGAMOS QUE CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.**

- ¿Le han realizado con anterioridad esta exploración o alguna otra con contraste yodado? Si  No
- En caso afirmativo, ¿tuvo alguna complicación? Si  No
- ¿Ha tenido con anterioridad reacciones alérgicas frente a algunas sustancias o medicamentos? Si  No
- En caso afirmativo, indíquenos cuál o cuáles si los conoce: \_\_\_\_\_
- ¿Padece o ha padecido crisis asmáticas? Si  No
- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca? Si  No
- En el caso de ser mujer, ¿está embarazada? Si  No

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la prueba y/o procedimiento que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada actuación y de las alternativas a esta técnica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que se me asignará el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la actuación, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, doy mi **CONSENTIMIENTO** para que se me realice la prueba y/o procedimiento arriba descrito, así como para que durante el mismo, el/la facultativo tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la realización, el/la facultativo encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del paciente

Firma del médico

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. nº \_\_\_\_\_  
y en calidad de \_\_\_\_\_, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: \_\_\_\_\_

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Ley Orgánica para la Protección de Datos de Carácter Personal**

OSAKIDETZA, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informa que los datos personales que Vd. aporta en este acto como consentimiento de la prueba y/o procedimiento arriba descrito, serán incluidos en el fichero GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS, cuya finalidad es la ASISTENCIA SANITARIA y su órgano responsable es la GERENCIA DEL HOSPITAL SAN ELOY. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente y Usuario (S.A.P.U) del Hospital San Eloy en la siguiente dirección: Avda. A. Miranda, 5 (48902 – Barakaldo).