H.R.R.G. HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS **FORMULARIO Nº** 000

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Contraste Endovenoso

USTED, se va efectuar un examen, para el cual se le deberá inyectar un líquido de contraste. Denominado Medio de Contrate Radiológico Iodado.

Esto M.C.R. pueden en ocasiones, producir reacciones no deseadas, que se dividen en leves y graves. Afortunadamente el número de las mismas es muy escaso, pero no existe la forma de detectarlas por anticipo. Se le pedirá la ingesta previa de un corticoide para evitarlas o por lo menos mitigarlas.
El medico que realiza la inyección conoce los síntomas y esta preparado para su tratamiento. Se aclara que el examen ha sido y es corriente en la practica médica y del se obtendrá información valiosa sobre el estado de su salud.

REACCIONES LEVES	1 a 10% Estado nauseoso, color, urticaria.
REACCIONES GRAVES	0.1% de pacientes. Hipotensión, asma, bronquial, edema laringe.
Se han relatado decesos, alrededor de	0.005%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apellido y Nombre:.....

Autorizo por mi o por un familiar directo, a la realización de un examen radiológico, para lo cual se necesita la inyección de medio de contraste.
Declaro conocer que existe un riesgo potencial ante una reacción adversa, que asumo, eximiendo de responsabilidad, salvo en caso de dolo o negligencia, a los profesionales que indican o realizan el procedimiento.

Lugar y fecha:..... ..... /..... /.....

.....
Firma y aclaración

NOTA: Se entrega una copia de este consentimiento.
Usted debe tener la absoluta libertad de realizarse este procedimiento.