



**DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TC EN PACIENTES EMBARAZADAS**

Paciente	Historia	Habitación
Nombre Paciente: .....	.....	.....
Dr: .....	.....	.....
C.I.A.: .....	.....	.....
Planta: .....	.....	.....
F. Ingreso: .....	F. Nacimiento: .....	.....

**1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La realización de TC en el periodo de embarazo no suele estar indicada.

Sólo deben realizarse las exploraciones estrictamente necesarias. La exposición continuada puede llevar a producir alteraciones genéticas o inducir cáncer de varios tejidos u órganos del cuerpo humano, tanto en la madre como en el feto.

En enfermedades o accidentes graves deben hacerse los estudios con TC estrictamente necesarios, con una adecuada protección del vientre materno que minimice la radiación.

Habiendo sido informado de los requisitos para la realización de la TC y estando conforme con los mismos, accedo a la realización del estudio.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

**2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....  
....., DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en  
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....

**DECLARO:**

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi situación la realización de.....

En..... a .... de ..... de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº: .....

**3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a ..... de ..... de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....

