

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA REALIZACION DE UNA
UROGRAFIA.**

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

D/D^a..... como Paciente (o representante legal del paciente D/D^a..... de años de edad, con domicilio....., DNI nº.....

DECLARO

Que el Dr./Dra....., interlocutor principal para la realización del procedimiento, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una UROGRAFIA.

¿En que consiste el procedimiento?

A petición de su médico, se le va a realizar en la fecha indicada y en el servicio de Radiología una Urografía. Dicha exploración radiológica incluye en su realización la administración de un medio de contraste por vía intravenosa. El uso de contraste permitirá la visualización de la morfología y función de su sistema urinario, lo que nos dará la posibilidad de poder valorar adecuadamente su problema. Conforme a lo dispuesto en el artículo diez de la LGS. le informamos que casi todos los procedimientos médicos conllevan un cierto riesgo y este estudio no es una excepción. Le vamos a detallar los riesgos del mismo, para que una vez conocidos autorice la realización de la exploración; advirtiéndole que dicho consentimiento es por su parte voluntario y puede denegarlo antes de la realización de la misma.

¿Qué riesgos tiene?

Después de la administración de un contraste intravenoso pueden ocasionalmente ocurrir reacciones desagradables leves (picazón, enrojecimiento de la piel, estornudos.). Aun menos frecuente pero igualmente de poca importancia son los sibilantes (pitidos respiratorios) y enrojecimiento de los ojos. Las complicaciones más serias ocurren en uno de cada dos mil pacientes aproximadamente, e incluyen reacciones alérgicas severas, caída de la tensión arterial, dificultad para respirar, pérdida de conciencia, convulsiones, fallo renal, shock. Estas reacciones corrigen generalmente con una asistencia y tratamiento adecuado; tratamiento que sería administrado por los médicos del Hospital. Solo muy excepcionalmente (uno de cada 150.000 pacientes) estas complicaciones pueden acabar con la vida del paciente. El riesgo de una reacción grave aumenta en los casos en función de sus antecedentes.

Su Médico, ha considerado todos estos riesgos antes de solicitar este estudio, y cree que el beneficio diagnóstico es muy superior al mínimo riesgo que va a correr.

Encuesta. (marque con una cruz la respuesta correcta)

- | | |
|---|-------|
| ¿Se ha hecho alguna vez un estudio con contraste intravenoso? | SI NO |
| En caso afirmativo ¿Tuvo Vd. algún problema? | SI NO |
| Si la contestación es afirmativa, indique cual..... | |
| ¿Padece Vd. algún tipo de alergia? | SI NO |
| ¿Es Vd. asmático? | SI NO |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad tiroidea? | SI NO |
| ¿Es usted diabético? | SI NO |

IMPORTANTE: Administración de productos de contraste yodados en paciente diabético en tratamiento con metformina (DIANBEN ...)

Como la administración intravascular de materiales de contrastes yodados en exploraciones radiológicas puede desembocar en un trastorno transitorio de la función renal (y ésta puede precipitar la acidosis láctica en diabéticos que estén tomando metformina) debe suspenderse, como medida de precaución, el tratamiento con hidrocóloruro de metformina 48 horas antes de la exploración y se aconseja no reanudar hasta 48 horas después. Consulte a su médico.



En tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **UROGRAFIA**.

En a de de

Firma paciente
(familiar o representante
en caso de incapacidad)

Firma del Médico

Fdo.....

Fdo.....

REVOCACION

D/D^a..... como paciente (o representante del
Paciente D/D^a.....), de..... Años de edad,
Con domicilio en....., DNI. n°....., REVOCO el consentimiento prestado
con fecha..... y que doy con esta fecha por finalizado, no deseando proseguir con la
realización de la explora-
ción, haciendome responsable de las copnsecuencias que puedan derivarse de esta
decisión.

En a de de

Firma paciente
(familiar o representante
en caso de incapacidad)

Firma del Médico

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO

D/D^a....., como paciente (o representante
del paciente D/D^a.....), de..... años de edad, con
domicilio enDNI n°..... Despues
de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento que me ha sido propuestgo, manifiesto de forma libre
y consciente mi DENEGACION DE CONSEN-
TIMIENTO para que sea realizado, haciendome responsable de las consecuencias que pueadad derivarse de esta
decisión.

En a de de

Firma del paciente
(familiar o representate
en caso de incapacidad)

Firma del Médico

Fdo:.....

Fdo:.....