

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____ Historia clínica: _____

Estimado paciente:

El Hospital Universitario Austral le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

Un **consentimiento informado** es el permiso que otorga el paciente o su familia para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/ o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión de Consentimiento Informado TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA CON CONTRASTE:

Usted necesita realizarse una Tomografía Axial Computada (TAC).

Este Consentimiento Informado le brindará información sobre la TAC, de modo de dar respuesta a las preguntas que con más frecuencia nos plantean los pacientes. Por favor, léalo cuidadosamente y no dude en plantear cualquier duda o pregunta al Médico y/o Técnico Radiólogo que le realizará la TAC.

La **tomografía axial computarizada (TAC)**, o **tomografía computarizada (TC)**, es una técnica de imagen médica que utiliza radiación X para obtener cortes o secciones de partes del cuerpo con fines diagnósticos. En lugar de obtener una imagen de proyección, como la radiografía convencional, la TC obtiene múltiples imágenes al efectuar movimientos de rotación alrededor del cuerpo, lo que permite obtener mejores imágenes de mayor definición y precisión.

Si Ud. es mujer deben informar al Técnico Radiólogo si existe la posibilidad de que esté embarazada. En general, el diagnóstico por imágenes por TC no se recomienda para las mujeres embarazadas salvo que sea médicamente necesario debido al riesgo potencial para el bebé.

Si Uds. se encuentra en período de lactancia, comuníquelo al Técnico Radiólogo o Médico Radiólogo.

Le informaremos de un modo sencillo sobre qué es una TAC, los diferentes tipos que existen y los riesgos inherentes a ella y al uso de material de contraste. También le pediremos información a fin de disminuir en lo posible el riesgo. Al final incluimos el documento de Consentimiento Informado que usted deberá firmar antes de recibir la inyección de contraste.

El Médico / Técnico que se encarga de realizar el estudio velará por su seguridad y bienestar durante el mismo durante todo el tiempo del estudio.

Básicamente distinguimos 2 tipos de TAC: con y sin contraste. Su médico tratante le ha solicitado que se realice una TAC CON CONTRASTE.

Los medios de contraste administrados por vía endovenosa mejoran ostensiblemente la información obtenida por los métodos radiológicos.

En éste caso, el material de contraste utilizado se denomina contraste iodado hidrosoluble y se aplica mediante una inyección intravenosa.

La inyección de contraste endovenoso puede presentar reacciones secundarias leves consistentes en sensación de calor en todo el cuerpo, náuseas, urticaria, aumento del ritmo cardíaco, etc. que generalmente no requieren tratamiento y desaparecen en pocos minutos.

En algunos casos, la administración de contraste por vía endovenosa, puede provocar flebitis en forma tardía (24 - 48 hs). Con menos frecuencia (0.0025%) pueden aparecer arritmias, hipotensión o dificultad respiratoria que requieren tratamiento y en algunos casos internación. Este servicio cuenta con el personal entrenado y

.....
Firma, aclaración y DNI del paciente

los materiales necesarios para enfrentar las situaciones mencionadas. Fueron descriptas, también, aunque su frecuencia es muy baja (0.0006%) reacciones con fallo cardiovascular severo.

De allí la necesidad de conocer algunos antecedentes suyos a través del siguiente cuestionario que sirve para reducir los riesgos y /o tomar medidas adecuadas a cada caso.

Los mecanismos de producción de estas reacciones son múltiples y **no existe método de testificación ni prueba inmunológica (test de yodo) capaz de predecir la posibilidad de que ellos ocurran.**

Por favor completar con letra legible todos sus datos y contestar el siguiente cuestionario colocando una X (cruz) en el casillero correspondiente, el mismo no puede tener correcciones.

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD: **PESO:**

	SI	NO
• ¿Se ha realizado alguna vez estudios con inyección de contraste iodado endovenoso (tomografía, urograma, angiogramografía, etc.)?		
¿Tuvo algún inconveniente?		
Cuál		
• ¿Ha recibido tratamiento por vía endovenosa en los últimos 6 meses?		
• ¿Tiene o ha tenido asma?		
• ¿Posee antecedentes de reacciones alérgicas?		
• ¿Tiene insuficiencia renal?		
• ¿Tiene insuficiencia cardíaca o enfermedad coronaria?		

Como paciente usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y riesgos derivados de los procedimientos.

DECLARACIONES Y FIRMAS CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TAC

Por el presente declaro que como paciente o representante legal he recibido información precedente de un modo claro y sencillo, según mi propio saber y entender, de forma oral y por escrito acerca de la tomografía axial computada y de la utilización de líquido de contraste.

El médico tratante que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria en qué consiste el estudio, su necesidad, los riesgos inherentes al mismo y al uso de material de contraste.

Soy informado y acepto que en la adopción de diversas medidas de seguridad y control de calidad la institución cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), el cual monitorea y graba diversas áreas entre las que se encuentran: pasillos, halls centrales, quirófano, etc. A las citadas cámaras y grabaciones solo tiene acceso personal autorizado.

De la misma manera soy informado y acepto que ciertos y determinados datos personales de mi Historia Clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución (en su carácter de responsable del Banco de Datos) que los mismos no permitirán la identificación de su titular.

Lo precedentemente descripto se realizará en concordancia con lo establecido por la Ley 25326. Asimismo, en el marco de la ley citada (art.13 y 14), se le informa que Ud. tiene derecho de acceso, rectificación y supresión de los datos referidos.

.....
Firma, aclaración y DNI del paciente

Teniendo en cuenta que se trata de un hospital universitario, dedicado a la asistencia, docencia e investigación, acepto la admisión de observadores en el ámbito de mi internación, preservando la confidencialidad que legalmente corresponde a mi persona.

Soy informado que el presente Consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento, debiendo informar y documentar tal decisión.

Soy informado de que, conforme a la Ley de Derechos del Paciente N° 26529, en caso de que me padezca una enfermedad irreversible, incurable o que se encuentre en estadio terminal, o que haya sufrido lesiones que me coloquen en igual situación, tengo derecho a manifestar mi voluntad previamente en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podré rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio de mi sufrimiento.

He tenido la posibilidad de preguntar y he recibido respuesta satisfactoria a todas mis preguntas. Entiendo todo lo anterior y comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Por tanto:

- **DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica de TAC CONTRASTE que me indicara mi médico tratante:**
- Presto conformidad para ser filmado y grabado por razones de seguridad.
- Presto conformidad para la utilización de los datos de mi Historia Clínica con fines estadísticos, científicos y académicos y a la presencia de observadores los que recibirán tratamiento confidencial y sin individualización conforme a la Ley 25.326.

Firma del paciente (*):

Firma del médico:

Aclaración:

Aclaración:

DNI:.....

Matrícula:

Pilar,.....de.....de 201....

Este documento manifiesta la REVOCACION de su primera voluntad de realizarse una cirugía/tratamiento/procedimiento. Solo debe firmarla si la revoca. Si está firmando un Consentimiento para la realización de la cirugía/tratamiento /procedimiento NO DEBE FIRMAR LA REVOCACION.

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pilar,de.....de 201....

Teniendo en cuenta que:

Con anterioridad a ésta fecha he firmado éste Consentimiento Informado.

Que he comunicado mi decisión de REVOCAR el Consentimiento Informado al que me refiero precedentemente.

Que se me ha explicado que debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación ya que tiene los siguientes riesgos para mi salud:

.....
.....

Que no obstante ello, en forma libre y deliberada:

REVOCO a partir de la fecha el Consentimiento Informado que he otorgado arriba, y habiendo sido informado de los riesgos de dicha decisión, asumo personalmente los mismos, deslindando de responsabilidad en tal sentido a la institución y a los médicos y profesionales tratantes.

Firma del paciente
o representante (*):

Firma del
médico:

Aclaración:

Aclaración:

Parentesco:

Matrícula:

DNI:

(*) Conforme Art. 26, Código Civil y Comercial de la Nación..."Se presume que **el adolescente entre trece y dieciséis años** tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, **el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores**; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo".

Conforme la Ley de Derechos del Paciente 26529, art. 6° modificado por Ley 26742:

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el Consentimiento Informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

- a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida;
 - b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - c) Cualquiera de los padres;
 - d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
 - f) Cualquiera de los abuelos;
 - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
 - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
 - i) El representante legal, tutor o curador;
- El vínculo deberá ser debidamente acreditado.