

**CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS CON CONTRASTE.**

Ciudad y fecha: ...../...../20\_\_\_\_

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi patología y sus riesgos, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del procedimiento propuesto, autorizo al Dr./a....., y a su equipo, a realizar una práctica diagnóstica conocida como.....que se realizará en.....
2. El agente de contraste, se inyecta por medio de una aguja que se inserta en el vaso a través de la cuál se introduce un catéter. Esta práctica habitualmente no presenta mayores riesgos. No obstante ello en algunos casos pueden producirse daños mayores en los nervios, venas, arterias y/ o piel y tejido subcutáneo vecinos a la zona inyectada.
3. Los medios de contraste más utilizados son los siguientes: Iónico de alta osmolaridad, iónico de media osmolaridad y no Iónico (de baja osmolaridad). Es mi caso se utilizará.....
4. El procedimiento enunciado en el punto 1º me ha sido claramente explicado por el profesional, y estoy en conocimiento de los riesgos que acarrea. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
5. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de procedimientos son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:
  - 5.1 **Frecuentes:** Urticaria, eritema, hinchazón de cara o párpados.
  - 5.2 **Menos frecuentes:** Reacciones respiratorias como broncoespasmo, hipotensión, arritmias, convulsiones.
  - 5.3 **Infrecuentes pero Graves:** Edema de glotis, hipotensión severa con shock y muerte.
6. Previo a la inyección del agente de contraste y/ o anestésico, se podrán administrar corticoides y antihistamínicos, a fin de prevenir las reacciones mencionadas en el ítem anterior.
7. Se me ha informado también, que las personas que tienen mayor riesgo de experimentar estas reacciones son: los que ya han tenido reacciones a medios de contraste y/ o anestésicos, los que padecen de asma o alergia severa, los que padecen policitemia, feocromocitoma o mieloma múltiple y los enfermos renales severos. Por tal motivo manifiesto **SI/ NO padecer** alguna de estas enfermedades:.....
8. Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo y requiero que el profesional interviniente, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarios y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo al médico antes mencionado, o quien él designe, realice los controles necesarios en el período posterior al estudio.

---

**Firma del paciente o representante**

9. Se me ha explicado que intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-
10. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
11. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del estudio propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización se retrasaría el diagnóstico de posibles lesiones tumorales y otras enfermedades, con el correspondiente retraso en su tratamiento, poniendo ello en grave riesgo mi salud.
12. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
13. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
14. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:.....
15. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
16. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
17. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los

términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:**..... **Aclaración:** .....

**Documento:**..... **Documento:** .....

**Teléfono:**..... **Teléfono:** .....

**Domicilio:**..... **Domicilio:**.....

**(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:** .....

**(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:** .....