



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. **Què és?:** És una tècnica de diagnòstic per imatge en la qual es combinen els raigs X i sistemes informàtics per a obtenir imatges de la zona estudiada. Aquestes imatges poden al seu torn ser processades mitjançant programes informàtics i són valorades per personal mèdic especialista en radiologia, i proporcionen valuosa informació que ajudarà a descartar o confirmar malaltia i a precisar el seu tractament.

2. **Com es realitza?:** El/la pacient es tomba en la llitera mòbil de l'escàner (TAC), que s'anirà desplaçant dins d'un anell curt. Un feix de radiació incideix sobre el/la pacient i posteriorment sobre un anell de detectors. Mitjançant un complex sistema de computació es processa la informació que reben els detectors, i s'obtenen les imatges i altres dades de gran utilitat. La tecnologia dels TAC actuals permet obtenir imatges de gran qualitat en un temps curt i amb protocols que redueixen la radiació rebuda. Amb freqüència, s'empra la injecció d'un contrast intravenós amb la finalitat de delimitar millor les estructures i reconèixer la malaltia.

3. **Quins són els riscos?:** Els riscos poden estar associats a l'ús de radiacions ionitzants o a la injecció del contrast.

Ús de radiacions: L'escàner produeix radiacions d'alta dosi i la seua utilització sempre ha de ser molt rigorosa, especialment en pacients joves. Emprem protocols d'estudi amb TAC optimitzats al màxim perquè el nivell de radiació siga el més baix possible sense perdre informació diagnòstica. Ha d'evitar-se en la mesura del possible la seua realització durant l'embaràs, per la qual cosa si està embarassada o creu que pot estar-ho, ha d'advertir-ho al nostre personal abans de sotmetre's a la prova.

Administració de contrast intravenós: Amb freqüència és necessària la injecció intravenosa d'un mitjà de contrast. Aquests medicaments contenen iode, que pot produir efectes secundaris, en la majoria dels casos de tipus lleu.

- **Lleus:** Aquestes reaccions consisteixen en efectes desagradables, **com sensació de calor, mal sabor de boca, nàusees, vòmits, picors o urticària**, i es corregeixen fàcilment amb la medicació adequada o fins i tot sense tractament.
- En algunes circumstàncies, les reaccions poden ser **greus o molt greus**. Es corregeixen amb tractaments més complexos i poden produir algun mal i inclouen **difficultat respiratòria, arrítmia cardíaca, convulsions, insuficiència renal o pèrdua de consciència** (freqüència 4 de cada 10.000 exploracions).
- Les complicacions mortals són absolutament excepcionals. La seua possibilitat és d'1 per cada 100.000 – 150.000 exploracions. La possibilitat és encara molt de menor en menors, per no existir sensibilització prèvia.
- Altres complicacions poc freqüents consisteixen en l'aparició d'un **hematoma** en la zona de la punció o l'extravasació (l'eixida del contrast injectat als teixits blans que envolten la vena). Aquestes complicacions solen resoldre's sense complicacions en uns dies.

4. **Conseqüències previsibles de la realització:** Ajudar a l'obtenció d'un diagnòstic o descartar una malaltia i també a l'elecció del tractament adequat. Redueix l'estada hospitalària i evita un altre tipus d'investigacions més complexes i/o agressives.

5. **Conseqüències previsibles de la no realització:** Necessitat de realitzar exploracions més agressives o complexes. Pot fer que la informació que aporta la prova no s'obtinga i que aquesta siga necessària per al maneig i tractament òptim de la seua malaltia.

6. **Alternatives:** En determinades circumstàncies, pot ser més eficaç l'ecografia, la ressonància magnètica, la medicina nuclear, el doppler o la radiografia simple. La decisió sobre la tècnica adequada la valorarà el seu metge/essa.

7. **Riscos en funció de la seua situació:** És important que advertisca, abans de realitzar-se la prova, si en algun estudi previ va tindre alguna reacció al contrast.

També ha de comunicar al·lèrgies, i informar de malalties com a insuficiència renal, asma i diabetis especialment.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

RADIOLOGIA

TOMOGRÀFIA COMPUTADA AMB CONTRAST

DECLARACIÓ D' INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS		NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT.
Núm. *SIP	DOMICILI (CARRER/PLAZA, NÚMERO I PORTA)			CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC	

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Autoritze Autoritze en aquesta ocasió, i en les successives que es requerisca per a seguiment d'aquesta patologia No autoritze

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el seu *representante Profesional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el seu *representante Profesional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AI DRET D'INFORMACIÓ.

Manifest que per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i exprés el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____, ____ de _____ de _____

Pacient / el seu *representante Profesional sanitari/a

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILIZACIÓ DE IMÀGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

Autorizo

No autorizo

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante Profesional sanitario/a