



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica de diagnóstico por imagen en la que se combinan los rayos X y sistemas informáticos para obtener imágenes de la zona estudiada. Estas imágenes pueden a su vez ser procesadas mediante programas informáticos y son valoradas por médicos radiólogos, proporcionando valiosa información que ayudará a descartar o confirmar enfermedad y a precisar su tratamiento.
2. **¿Cómo se realiza?:** El/la paciente se tumba en la camilla móvil del escáner (TAC) que se irá desplazando dentro de un anillo corto. Un haz de radiación incide sobre el/la paciente y posteriormente sobre un anillo de detectores. Mediante un complejo sistema de computación se procesa la información que reciben los detectores, obteniéndose las imágenes y otros datos de gran utilidad. La tecnología de los TAC actuales permite obtener imágenes de gran calidad en un tiempo corto y con protocolos que reducen la radiación recibida. Con frecuencia se emplea la inyección de un contraste intravenoso con la finalidad de delimitar mejor las estructuras y reconocer la enfermedad.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Los riesgos pueden estar asociados al empleo de radiaciones ionizantes o a la inyección del contraste.

Empleo de radiaciones: El escáner produce radiaciones de alta dosis y su utilización siempre debe ser muy rigurosa, especialmente en pacientes jóvenes. Empleamos protocolos de estudio con TAC optimizados al máximo para que el nivel de radiación sea el más bajo posible sin perder información diagnóstica. Debe evitarse en lo posible su realización durante el embarazo, por lo que si está embarazada o cree que pudiera estarlo, debe advertirlo a nuestro personal antes de someterse a la prueba.

Administración de contraste intravenoso: Con frecuencia es necesaria la inyección intravenosa de un medio de contraste. Estos medicamentos contienen yodo que puede producir efectos secundarios, en la mayoría de los casos de tipo leve.

- **Leves:** Estas reacciones consisten en efectos desagradables **como sensación de calor, mal sabor de boca, náuseas, vómitos, picores o urticaria** y se corrigen fácilmente con la medicación adecuada o incluso sin tratamiento.
- En algunas circunstancias las reacciones pueden ser **graves o muy graves**. Se corrigen con tratamientos más complejos y pueden producir algún daño e incluyen **dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal o pérdida de conciencia** (frecuencia 4 de cada 10.000 exploraciones).
- Las complicaciones mortales son absolutamente excepcionales. Su posibilidad es de 1 por cada 100.000 – 150.000 exploraciones. La posibilidad es todavía mucho menor en menores por no existir sensibilización previa.
- Otras complicaciones poco frecuentes consisten en la aparición de un **hematoma** en la zona de la punción o la extravasación (la salida del contraste inyectado a los tejidos blandos que rodean la vena). Estas complicaciones suelen resolverse sin complicaciones en unos días.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Ayudar a la obtención de un diagnóstico o descartar una enfermedad y también a la elección del tratamiento adecuado. Reduce la estancia hospitalaria y evita otro tipo de investigaciones más complejas y/o agresivas.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Necesidad de realizar exploraciones más agresivas o complejas. Puede hacer que la información que aporta la prueba no se obtenga y que esta sea necesaria para el manejo y tratamiento óptimo de su enfermedad.
6. **Alternativas:** En determinadas circunstancias puede ser más eficaz la ecografía, la resonancia magnética, la medicina nuclear, el doppler o la radiografía simple. La decisión acerca de la técnica adecuada la valorará su médico/a.
7. **Riesgos en función de su situación:** Es importante que advierta, antes de realizarse la prueba si en algún estudio previo tuvo alguna reacción al contraste.

También debe comunicar alergias, e informar de enfermedades como insuficiencia renal, asma y diabetes especialmente.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

RADIOLOGÍA

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA CON CONTRASTE

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Autorizo Autorizo en esta ocasión, y en las sucesivas que se requiera para seguimiento de esta patología No autorizo

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES 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

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales