



*Servicio Nacional de Salud*  
**SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO**  
**CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR"**

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE AMISTAD DOMÍNICO JAPONESA  
CEMADOJA

**Institución Pública de referimiento nacional y tercer nivel de atención especializada,  
Formadora de talentos humanos en salud.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN  
VÍA ENDOVENOSA DE MEDIO DE CONTRASTE YODADO**

**Protocolo válido para tomografías, urografías, mielografías, arteriografías e histerosalpoingrafías**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del (la) Paciente \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Día /mes /año)

Nacionalidad \_\_\_\_\_ No. De ID \_\_\_\_\_

**DECLARO LIBREMENTE Y SIN NINGÚN TIPO DE PRESIÓN**

Que me han explicado que se me realizará un estudio radiológico a petición de mi médico. Como parte de la exploración es necesaria la administración de contraste.

También me ha informado que durante la realización de este procedimiento, podrán estar presentes otros profesionales (médicos), con el objetivo de aprender la técnica;

**PREVIO AL PROCEDIMIENTO:** Es importante y el (la) paciente debe saber lo siguiente:

Los medios de contrastes (MC) se utilizan para mejorar el rendimiento diagnóstico de los exámenes, sin el cual muchas veces la sensibilidad y especificidad de los exámenes disminuye severamente. *En su caso le será suministrado un medio*

**de contraste no iónico** ya que este presenta menos reacciones adversas que los iónicos y por lo tanto se consideran más seguros.

Con estas medidas de prevención, las cuales citamos más adelante, podemos identificar pacientes con mayor potencial de sufrir una reacción adversa al medio de contraste, en cuyo caso los pacientes identificados en estos grupos deben realizar una preparación específica consistente en el uso de medicamentos para evitar o disminuir significativamente la posibilidad de sufrir una reacción grave.

	SI	NO	NO SABE	ESPECIFIQUE
¿Es usted alérgico a algún antibiótico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Es usted alérgico a otros medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Es usted alérgico a los mariscos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Es usted alérgico a otras comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Es usted alérgico al yodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Sufre usted de asma, rinitis o de alergias e la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Es usted Diabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Es usted hipertenso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Otras alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### PROCEDIMIENTO:

La técnica a la que usted va a someterse consiste en pincharle una vena, generalmente en el brazo. A continuación se le inyectará un líquido (medio de contraste).

### EFFECTOS:

Durante el estudio, sólo va a notar la punción de la aguja, y un cuadro de calor de varios segundos de duración al inyectar el contraste.

La administración de contrastes yodados puede, en ocasiones, alterar el funcionamiento de los riñones. Esta alteración suele ser poco importante, especialmente si se toman las medidas necesarias (que le explicarán antes de la inyección del medicamento)

### RIESGOS Y COMPLICACIONES

- **LOS MÁS FRECUENTES:** Alteración de la función renal. Este riesgo es menor con los contrastes actuales, especialmente si se toman medidas que lo disminuyan/tratamiento antes y después de la inyección del contraste. Habitualmente estas alteraciones de la función renal son pequeñas y transitorias.



- La punción de la vena también puede presentar complicaciones. Estas son muy raras y no suelen pasar de una ligera molestia en la zona de la punción. Sin embargo, algunas pueden ser más importantes; coágulos (trombo) en el vaso que se pincha, sangrado por el sitio de la punción (hematoma), extravasación de contraste, es decir, salida del medio de contraste durante la inyección, lo que provoca dolor e hinchazón.

Estas posibles complicaciones se le tratarían en el momento de su aparición.

- **LOS MÁS GRAVES:** Son las llamadas alergias al yodo. Son muy raras. No existen pruebas previas para detectar si usted es alérgico al yodo. No existen reacciones cruzadas; es decir, que usted tenga alergias a otros medicamentos, a antibióticos o alimentos con yodo (mariscos) no implica que tenga mayor riesgo de alergia al contraste yodado. Estas reacciones pueden ser leves, pero en ocasiones excepcionalmente conducen a la muerte del paciente.

## ALTERNATIVAS

El mismo estudio que le va a realizar, pero sin contraste.

## AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE EL USO DE MEDIO DE CONTRASTE (MC) ENDOVENOSO NO IÓNICO

Yo, \_\_\_\_\_, dominicano (a), mayor de edad, titular de la cédula de identidad y electoral número \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de profesión, con domicilio y residencia en \_\_\_\_\_, **Autorizo al Servicio de Imagenología** del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA), en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional Capital de la República Dominicana, a que se realice me administre el medio de contraste, para realizar el estudio de \_\_\_\_\_.

El (a) médico (a), me ha explicado, de forma satisfactoria, qué es, como se realiza el procedimiento, y que el mismo, puede presentar riesgos y consecuencias relacionadas. Que la reacción adversa ocurre por una interacción del organismo con el medio de contraste, en la cual no intervienen otros factores.

De igual manera, se me ha advertido que después de haber firmado este documento y antes de realizármelo el estudio referido, **puedo arrepentirme y revocar libremente oral o escrito mi consentimiento**. En tal virtud hago constar de manera libre y voluntaria que se me dieron todas las explicaciones, de la naturaleza, necesidad y **advertencias necesarias**, correspondientes al procedimiento con medio de contraste, en lenguaje claro y sencillo, las cuales he comprendido perfectamente.

Declaro haber externado de manera veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica. Sin embargo, entiendo que la práctica de la medicina como ejercicio científico no es una ciencia exacta y por vía de consecuencia, reconozco que no se me puede ofrecer garantía absoluta en cuanto a los resultados del procedimiento.

Por lo que de buena fe y en pleno dominio de mis facultades mentales, expreso y manifiesto mi **CONSENTIMIENTO** al estampar mi firma al pie de este documento.

He sido informada suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. Por lo que de buena fe y en pleno dominio de mis facultades mentales, doy mi consentimiento (SI\_\_\_, NO\_\_\_) para que se me realice dicha intervención. Mi aceptación es voluntaria por lo que estampo mi firma al pie de este documento.

Firma de la Paciente / Impresión Digital: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

YO \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad y electoral No. \_\_\_\_\_ y en calidad de \_\_\_\_\_ he sido informado suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello doy expresamente mi consentimiento (SI\_\_\_, NO\_\_\_)

Firma del tutor o familiar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**(NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA)**

---

Dr (a). \_\_\_\_\_ he informado al paciente y al tutor o familiar, del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles.

Firma del Médico Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_