



Cognoms: _____ Nom del metge: _____
Nom: _____ Servei: _____
Núm. H.C.: _____ Intervenció: _____

Com pacient, té dret a ser informat sobre els beneficis i riscos derivats de l'exploració radiològica amb contrast.

El propòsit d'aquest document és informar-lo, per a què pugui prendre la decisió, lliure i voluntària, d'autoritzar o rebutjar la citada tècnica. En aquest sentit, li comuniquem que informar-lo i sol·licitar la seva autorització, sempre que la urgència ho permet, és una norma d'obligat compliment per el/la metge que l'atén, de conformitat amb la legislació vigent.

DECLARO

1. Estar satisfet/a amb la informació que he rebut sobre la necessitat d'una exploració radiològica amb contrast.

- Baixada de la tensió arterial
- Insuficiència renal
- Parada cardio-respiratòria

2. Que se m'ha informat de les possibles alternatives.

4. Que he estat informat sobre els riscos en relació a les meves circumstàncies personals

3. Que he rebut informació sobre la tècnica i les possibles complicacions de major gravetat o més freqüents, estant les següents:

- Inflamació local
- Dolor local
- Reaccions al·lèrgiques de la pell

Complicacions poc freqüents :

- Dificultat al respirar produïda per un bronco-espasme

5. Que he comprès la informació que m'ha estat proporcionada, que se m'han clarificat tots els dubtes sorgits al respecte i que he estat informat que tinc dret a reconsiderar la decisió presa.

PER TANT

☐ **Dono el meu consentiment per a que se'm practiqui l'exploració radiològica amb contrast.**

Signatura del metge

Signatura del malalt

Signatura del representant legal o traductor jurat*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

☐ **He decidit, no autoritzar l'exploració radiològica amb contrast.**

Signatura del metge

Signatura del malalt

Signatura del representant legal o traductor jurat*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

* En el cas de incapacitat del malalt i/o minoria d'edat, especificant la causa de incapacitat:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

C S B Consorci Sanitari de Barcelona



IMAS
Institut de Diagnòstic
per la Imatge
Hospital del Mar



Apellidos: _____ Nombre del médico: _____
Nombre: _____ Servicio: _____
Núm. H.C. _____ Intervención: _____

Como paciente, tiene derecho a ser informado acerca de la exploración radiológica con contraste.

El propósito de este documento es informarle, para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o rechazar la citada técnica. En este sentido, le comunicamos que informarle y solicitar su autorización, siempre que la urgencia lo permite, es una norma de obligado cumplimiento para el médico que le atiende, de conformidad con la legislación vigente.

DECLARO

1. Estar satisfecho/a con la información que he recibido sobre la necesidad de una exploración radiológica con contraste

2. Que se me ha informado de las posibles alternativas.

3. Que he recibido información sobre la técnica y las posibles complicaciones de mayor gravedad o más frecuentes, siendo las siguientes:

- Inflamación local
- Dolor local
- Reacciones alérgicas en la piel

Complicaciones poco frecuentes:

- Dificultad al respirar por producirse un broncoespasmo
- Bajada de la tensión arterial
- Insuficiencia renal
- Parada cardio-circulatoria

4. Que he sido informado sobre los riesgos en relación a mis circunstancias personales

5. Que he comprendido la información que me ha sido proporcionada, que se me han aclarado todas las dudas surgidas al respecto y que he sido informado que tengo derecho a reconsiderar la decisión tomada.

POR TANTO

☐ **Doy mi consentimiento a que se me practique la exploración radiológica con contraste.**

Firma del médico

Firma del paciente

Firma del representante legal o traductor jurado*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

☐ **He decidido, no autorizar la exploración radiológica con contraste.**

Firma del médico

Firma del paciente

Firma del representante legal o traductor jurado*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

* En caso de incapacidad del paciente y/o minoría de edad, especificando la causa de incapacidad: