

ANEXO II

Formulario de registro de reacciones adversas al medio de contraste

REACCION ADVERSA AL MEDIO DE CONTRASTE

APELLIDO: NOMBRE..... FECHA:../...../.....

DNI:..... COMPUESTO IODADO RECIBIDO:.....

HORARIO DE APLICACIÓN DEL IODO:..... HORARIO DE REACCION ADVERSA:.....

I. REACCIÓN LEVE	
a) urticaria localizada	
b) Prurito de garganta,	
c) Congestión nasal,	
d) Estornudos,	
e) Conjuntivitis,	
F) Rinorrea	
II. REACCIÓN MODERADA	
a) Urticaria difusa	
b) Edema facial, opresión o ronquido de garganta sin disnea	
c) Sibilancias, broncoespasmo, sin hipoxia	
d) Reacción desconocida	

III. REACCIÓN SEVERA	
a) Edema facial con disnea	
b) Edema laríngeo con estridor o hipoxia	
c) Sibilancias, broncoespasmo, con hipoxia	
d) Hipotensión arterial	

TRATAMIENTO:

.....

.....

RESULTADO:.....

Solicitud de tomografía



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES SOLICITUD DE TOMOGRAFÍA

HOSPITAL SOLICITANTE:

Fecha de Solicitud: / /	Número de Orden:
-------------------------	------------------

SERVICIO				
Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Internación <input type="checkbox"/>	Guardia <input type="checkbox"/>	N° Cama:	N° HC:

DATOS DEL PACIENTE		
Apellidos:		Nombres:
Tipo y N° Doc.:	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio y localidad:		Tel:
Mail:	Sexo:	Peso:

ESTUDIO SOLICITADO - REGIÓN (Indique con una cruz)			
<input type="checkbox"/> CEREBRO	<input type="checkbox"/> ABDOMEN	<input type="checkbox"/> COLUMNA CERVICAL	<input type="checkbox"/> MIEMBRO SUPERIOR
<input type="checkbox"/> MACIZO FACIAL	<input type="checkbox"/> ABDOMEN Y PELVIS	<input type="checkbox"/> COLUMNA DORSAL	<input type="checkbox"/> MIEMBRO INFERIOR
<input type="checkbox"/> ORBITA	<input type="checkbox"/> PELVIS	<input type="checkbox"/> COLUMNA LUMBAR	<input type="checkbox"/> HIPOFISIS
<input type="checkbox"/> PEÑASCOS	<input type="checkbox"/> CUELLO	<input type="checkbox"/> TORAX	<input type="checkbox"/> OTRA REGIÓN
CLARIFICAR REGIÓN:			

ANESTESIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTRASTE ENDOVENOSO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
INTERVENCIONISMO (especificar tipo y región)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ANGIOTOMOGRAFÍA (especificar región)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA:		
Estudios Anteriores		
Probabilidad de Embarazo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO		

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE

Solicitud de Tomografía con contraste



En caso de tratarse de una **TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON CONTRASTE ENDOVENOSO**, completar:

EVALUACIÓN MÉDICA PREVIA PARA EL USO DE MCRI		
EDAD MAYOR A 60 AÑOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EDAD MENOR A 1 AÑO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ENFERMEDADES ALÉRGICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ASMA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
INSUFICIENCIA RENAL (considerar interconsulta previa con nefrología en caso de IR con volumen de filtrado glomerular inferior a 44 ml/min/1,73m ²) o creatinina sérica 2mg/dl o más.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ENTIDADES ASOCIADAS CON POTENCIAL AFECCIÓN RENOVASCULAR (diabetes, mieloma, hipertensión, colagenopatía, deshidratación, hiperuricemia, policitemia, feocromocitoma)	<input type="checkbox"/> SI, ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> NO
OTRAS ENTIDADES EN TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> SI, ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> NO
RECIBE TRATAMIENTO CON CORTICOIDES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RECIBE ANTIHISTAMÍNICOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
OTROS MEDICAMENTOS (diuréticos, laxantes, betabloqueantes, restricción hídrica, anticoagulantes)	<input type="checkbox"/> SI, ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> NO
ESTUDIOS PREVIOS CON MCRI	<input type="checkbox"/> SI Fecha: / /	<input type="checkbox"/> NO
REACCIONES ADVERSAS AL MCRI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
LEYES (Urticaria, prurito, conjuntivitis, rinitis, calor, cefalea, enrojecimiento facial, hipotensión arterial)	<input type="checkbox"/> SI, ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> NO
MAYORES (Urticaria generalizada, angioedema, broncoespasmo, shock, edema pulmonar, vómitos, convulsiones, IRA, edema laríngeo, arritmia cardíaca, paro cardiorrespiratorio)	<input type="checkbox"/> SI, ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> NO

***El especialista en alergia e inmunología solo evaluará pacientes con antecedentes de reacciones adversas previas moderadas o severas a medios de contraste iodados y a pacientes con asma no controlada.**

Metformina: aquellos pacientes que se encuentran tomando esta medicación, ante el riesgo aumentado de acidosis láctica, se sugiere suspender la misma en aquellos casos en donde el paciente presenta un volumen de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1,73m²: en tal caso se deberá suspender Metformina 48 horas antes del estudio y se podrá reiniciar a las 48 horas posteriores al mismo.

Pacientes en periodo de lactancia: La lactancia puede continuarse normalmente. En caso de que la preocupación de los padres lo requiera se podría:

- 1- Amamantar inmediatamente antes de la inyección del medio de contraste para alejar el próximo amamantamiento el mayor tiempo posible.
- 2- Extracción artificial de leche materna para el próximo amamantamiento.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE

Consentimiento informado



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CONSENTIMIENTO INFORMADO. ESTUDIO RADIOLÓGICO CON CONTRASTE IODADO ENDOVENOSO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención.

Usted se va a efectuar un examen para el cual se le deberá inyectar un líquido de contraste denominado Medio de Contraste Radiológico Iodado, necesario para su realización.

El Objetivo de esta exploración es valorar radiológicamente la estructura y función de una parte de su organismo. Para ello es necesario utilizar la inyección de una sustancia que contiene yodo en una vena. Tras la inyección del contraste se realizarán exploraciones radiológicas, en función de las necesidades de la prueba. Esto nos permite analizar las posibles patologías que usted sufre y llegar a un diagnóstico correcto. Esta sustancia puede, en ocasiones, producir reacciones no deseadas, que se dividen en leves, moderadas y severas. Afortunadamente, el número de éstas es muy escaso, pero no existe la forma de detectarlo por anticipado. Salvo que su médico/medica tratante lo contradiga, se le dará antes de realizarse el estudio un esquema de prevención con corticoide y/o antihistamínico para evitarlas, o por lo menos mitigarlas. El profesional que realizará la inyección conoce los síntomas y está preparado para su tratamiento

. Se aclara que el examen ha sido y es corriente en la práctica médica, y de él se obtendrá información valiosa sobre su estado de salud.

Reacciones leves: 1 a 10% de pacientes: Estado nauseosa, calor y urticaria. Reacciones graves: 0.1 % de pacientes: Hipotensión, asma bronquial, edema laríngeo. Se han detectado decesos, alrededor de 0.0005%

Consentimiento Informado

Declaro que:

- Se me han informado los riesgos del contraste iodado, teniendo la posibilidad de negarme a que se me realice la prueba tanto ahora como en cualquier momento del estudio siendo mi consentimiento absoluta y totalmente revocable. La suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante.
- Que he leído o me ha sido leído esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto.
- Se deja constancia que, ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

Yo....., doy mi consentimiento para que me sea realizada una TOMOGRAFIA CON CONTRASTE ENDOVENOSA.

Se me ha facilitado, esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento, y los riesgos inherentes al mismo

Declaro que la información que he brindado en el cuestionario adjunto del "Protocolo de Evaluación de Riesgo a los Medios de Contraste Radiológico Iodado (MCRI)" es cierta.

Nombre del Paciente: DNI N.º:

Firma

Fecha

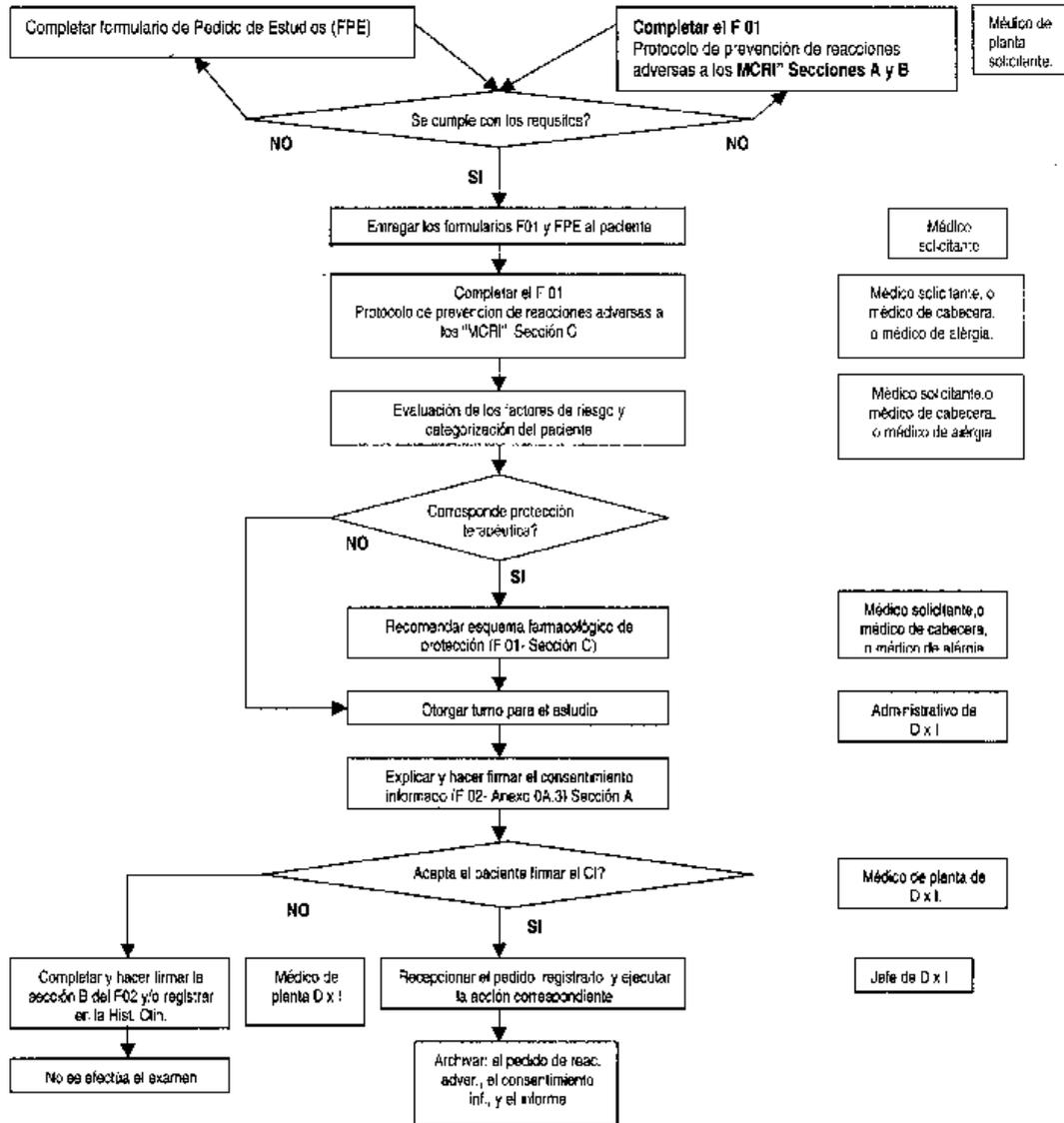
Anexo 2 (Continuación)

 <p>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES PEDIDO DE ACELERADOR LINEAL</p>	<i>Fecha</i>		
	D	M	A
HOSPITAL:			
PACIENTE			
Apellido y nombre/s:		Historia Clínica N°	
Sexo:	Edad:	Urgente:	Unidad int.: Cama N°:
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
MEDICO SOLICITANTE			
Apellido y nombre/s:		Matricula profesional	
Firma y sello Resúmen de Historia Clínica-Datos Genéticos-Fecha de comienzo			
Exámenes Previos (Resultados)			
Rx.....			
Exámenes vasculares.....			
Ecografías.....			
EEC.....			
Centellografía.....			
Acelerador lineal.....			
Análisis.....			
T.C.....			
Otros.....			

ANEXO II (Continuación)

 G. C. B. A.	GOBIERNO de la CIUDAD de BUENOS AIRES SECRETARÍA de SALUD HOSPITAL / INSTITUTO: PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO A LOS MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLÓGICO IODADO (MCRI)
<p>Apellido: _____ Nombre: _____ Ficha/H. Clin: _____ A</p> <p>Obra Social: _____ Afiliado: _____ Fecha de Nac.: ___/___/___ Unidad: _____ Cama: _____</p> <p>Sexo: F / M Solicitante: Dr./a. _____ Hospital: _____ Servicio: _____</p> <p>Diagnóstico: _____ Ambulatorio / Internado _____</p> <p>Estudio a realizar: TAC / UROGRAMA / ARTERIOGRAFIA / CORONARIOGRAFIA / CISTOGRAFIA / FLEBOGRAFIA / MIELOGRAFIA / HISTEROSALPINGOGRAFIA / SIALOGRAFIA / CISTOGRAFIA RETROGRADA</p> <p>Otros: _____ FECHA: ___/___/___</p>	
<h3>DETERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO</h3>	
<p>Edad: > 60 años o < de 1 año SI / NO _____ Estudios previos con MCRI: SI / NO _____ B</p> <p>Fecha y último estudio efectuado con MCRI: _____</p> <p>Reacciones adversas con MCRI : SI / NO _____</p> <p>Reacciones Menores : Urticaria limitada, prurito, conjuntivitis, rinitis, calor, náuseas, cefalea, enrojecimiento facial, dolor de brazo, hinchazón parotídea, hipotensión arterial.</p> <p>Reacciones Mayores : Urticaria generalizada, angioedema, broncoespasmo, shock, edema pulmonar, vómitos, convulsiones, insuficiencia renal aguda, edema laríngeo, arritmia cardíaca, paro cardiorrespiratorio.</p> <p>Reacciones Adversas a Medicamentos : SI / NO Fármacos y manifestaciones: _____</p> <p>Enfermedades Alérgicas : SI / NO _____</p> <p>Enfermedad Renal : SI / NO _____</p> <p>Enfermedad Cardiovascular : SI / NO _____</p> <p>Entidades Asociadas Con Potencial Afectación Removascular Diabetes Mieloma Hipertensión Colagenopatía Deshidratación Hiperuricemia Policitemia Feocromocitoma. Otras en tratamiento : _____</p> <p>Medicamentos que recibe actualmente: DIURETICOS - LAXANTES - Beta BLOQUEANTES - RESTRICCIÓN HIDRICA - ANTICOAGULANTES</p> <p>Méico solicitante: Firma: _____ Sello: _____ Hospital: _____ Servicio: _____ Buenos Aires, fecha: ___/___/___</p>	
<p>PROTOCOLO N°: _____ C</p> <p>DE ACUERDO A LOS DATOS OBTENIDOS SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE PRESENTA: (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)</p> <p>RIESGO HABITUAL SI / NO _____ RIESGO AUMENTADO SI / NO _____ SE DESACONSEJAN MCRI SI / NO _____</p> <p>SE RECOMIENDA:</p> <p>- Premedicación (según normativa), SI / NO _____ CORTICOIDES - ANTIH₁ - ANTIH₂ - EFEDRINA - EPSILON AMINO CAPROICO - OTROS: _____</p> <p>- Utilización de otros medios complementarios de diagnóstico, SI / NO _____</p> <p>- Uso de medios de contraste de baja osmolaridad (MCBO) y no iónicos (iopamidol-iohexol-iovorsol-iobitridol), SI / NO _____</p> <p>INFORMACIÓN AL PACIENTE: Se informa al paciente sobre la conducta a seguir y que la utilización de medios de contraste puede producir ocasionalmente lesiones al sistema nervioso, cardiovascular (arterias, venas), dermatológicas u otras. Pueden ser reacciones leves, moderadas o graves, aun con riesgo de muerte (1/10000) siempre vinculado a los factores de riesgo. La utilización de la medicación indicada (.....) no asegura la inocuidad absoluta a la administración de MCRI, pero disminuye la frecuencia de reacciones adversas. Declaro conocer el contenido del resultado de la determinación de los factores de riesgo que me han comunicado en la fecha.</p> <p>Firma del paciente y/o responsable: _____ D: _____ (De puño y letra)</p> <p>ACLARACION: (De puño y letra) _____</p> <p>Firma y sello del médico responsable: _____</p> <p>(Domicilio del Hospital) Ciudad de Buenos Aires</p>	

Procedimiento para la Evaluación de Pacientes que van a recibir medios de Contraste Radiológico Iodado
Flujograma
Determinar la necesidad de aplicación del método de diagnóstico que requiera inyección de MCRI según la nota al pie



Nota:
 Antes de realizar un estudio de Diagnóstico por Imágenes el profesional debería responder las siguientes preguntas:

- 1) Se ha efectuado un adecuado examen físico y solicitado los estudios previos pertinentes según los establecidos en el algoritmo o protocolo que corresponda aplicar al caso en estudio?
- 2) Se ha evaluado si hay otro método alternativo que implique menos riesgo (exposición a radiaciones o medios de contraste iodado)?
- 3) Se ha determinado si los datos a aportar por el método a solicitar pueden ser novedosos y de relevancia diagnóstica?
- 4) Es de esperar que los datos a obtener pudieran cambiar la conducta terapéutica o determinarla?

SOLO ANTE LA RESPUESTA POSITIVA A ESTAS CUATRO PREGUNTAS SE JUSTIFICA EL PEDIDO DE ESTUDIO.

 <p>GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES PEDIDO DE CENTELLOGRAFÍA</p>	<i>Fecha</i>		
	D	M	A
HOSPITAL:.....			
PACIENTE			
Apellido y nombre/s:		Historia Clínica N°	
Sexo:	Edad:	Urgente:	Unidad int.: Cama N°:
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
MEDICO SOLICITANTE			
Apellido y nombre/s:		Matrícula profesional	
..... <i>Firma y sello</i>			
Resúmen de Historia Clínica-Datos Genéticos-Fecha de comienzo			
Exámenes Previos (Resultados)			
Rx.....			
Exámenes vasculares.....			
Ecografías.....			
EEC.....			
Centellografía.....			
Acelerador lineal.....			
Análisis.....			
T.C.....			
Otros.....			



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Buenos Aires,

Referencia: Anexo II

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 9 pagina/s.