

UNIDAD IMÁGENES INTEGRAMEDICA S.A. INDICACION PARA REALIZACIÓN DE SCANNER CONTRASTADO.

Estimado paciente,

La tomografía computada o scanner es un procedimiento de uso rutinario que permite estudiar en forma no invasiva cualquier región del cuerpo. Debido a la alta capacidad de resolución de esta técnica es posible diferenciar claramente los diferentes tejidos y órganos. Sin embargo, en algunos casos es necesario reforzar aún más esta capacidad de diferenciar tejido, inyectando un material de contraste por vía endovenosa.

En el caso de tratarse de un estudio de la región abdominal o pelviana, además deberá ingerir un contraste oral.

Para evitar estados nauseosos o malestares gástricos por la administración del contraste, el paciente deberá acudir en AYUNAS (6 horas sin ingesta de agua, ni alimentos líquidos o sólidos).

Los medios de contraste inyectables son soluciones yodadas que en algunos casos pueden ocasionar reacciones adversas (leves, moderadas o severas) aunque la frecuencia de ocurrencia de estas reacciones es baja. Por ello, en el caso de tener algún antecedente alérgico de cualquier índole, deberá realizar una premedicación ANTES de su examen. En caso de estar en tratamiento con METFORMINA (dimefor – glaformil – glucophage – hipoglucin – etc.), deberá suspenderlo 48 hrs. antes y 48 hrs. después del examen, previa consulta a su médico tratante, que le recetará una alternativa durante este periodo si así lo estima conveniente.

Si desconoce padecer alergia y presenta una reacción adversa al inyectar medio de contraste, el profesional a cargo le administrará los fármacos necesarios para contrarrestar dicha reacción, para lo cual se requiere de su autorización o la de su acompañante. Los gastos originados por este concepto están cubiertos por el valor de su examen.

MARQUE CON UNA CRUZ SÍ O NO

ANTECEDENTES CLINICOS DEL PACIENTE

- | | | |
|---|---------------|----|
| 1.- Antecedente de algún episodio alérgico
(Medicamentos, comidas u otros) | SÍ | NO |
| 2.- Hipertensión arterial | SÍ | NO |
| 3.- Diabetes | SÍ | NO |
| 4.- Mieloma Múltiple | SÍ | NO |
| 5.- Insuficiencia cardíaca | SÍ | NO |
| 6.- Asma | SÍ | NO |
| 7.- Ha sido fumador | SÍ (Cantidad) | NO |
| 8.- Alguna enfermedad al hígado | SÍ | NO |
| 9.- Alguna enfermedad a los riñones | SÍ | NO |
| 10.- ¿Se ha realizado algún examen con contraste? | SÍ | NO |
| 11.- ¿Presentó alguna reacción? | SÍ | NO |
| 12.- ¿Ha sido operado?
Indique de qué y fecha aproximada | SÍ | NO |
| 13.- ¿Ha recibido tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia? | SÍ | NO |
| 14.- ¿Toma algún medicamento? | SÍ (Indique) | NO |
| 15.- Señale si se ha efectuado exámenes previos,
relacionados al que hoy se realizará | | |

EXAMEN

- | | | |
|----------------------|----|----|
| Resonancia Magnética | SÍ | NO |
| Scanner | SÍ | NO |
| Radiografías | SÍ | NO |
| Cintigrama | SÍ | NO |
| ¿Los trajo? | SÍ | NO |

TIPO	FECHA

16.- ¿Qué motivó su consulta al médico? _____

17.- ¿Desea agregar algún otro antecedente? _____

18.- ¿Existe alguna posibilidad de embarazo? Sí NO

Nombre	RUT	
Fecha Nacimiento	Edad	Años
Estatura	Peso	Tel.
Fecha		
Firma		
Médico Tratante		