



UROGRAFÍA INTRAVENOSA

EXPLORACIONES CON UTILIZACIÓN DE CONTRASTE

Importante: La prueba que va a realizar emplea Rayos X par la obtención de las imágenes, por lo que si usted está embarazada o sospecha que pueda estarlo, comuníquelo al personal de este Servicio.

PREPARACIÓN

Esta preparación es esencial para conseguir un buen estudio.

- El día antes de la exploración hará una alimentación a base de carne o pescado a la plancha, consomé, tortilla francesa, jamón york y líquidos.
Deberá suprimir el pan, las féculas, las verduras y la leche.
- Después de la cena, que será ligera, tomará un laxante si lo necesita.
- El día del examen hará un desayuno líquido (infusión o zumo).
La comida se hará al menos 4 horas antes de la realización de la prueba. Se recomienda caldo y pescado hervido.

INSTRUCCIONES

Para la correcta realización de la prueba es necesario inyectarle por vía intravenosa un medio de contraste opaco a los Rayos X. Por este motivo seguirá las siguientes indicaciones:

- 1.- Comunicar si tiene antecedentes alérgicos (asma, rinitis, etc.)
- 2.- Comunicar si tuvo reacciones a medios de contraste en otras exploraciones radiológicas anteriores.
- 3.- En caso de tener pruebas recientes relacionadas con este estudio, se ruega traerlas el día de la cita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estas medidas van encaminadas a mejorar la técnica del estudio, así como para prevenir posibles complicaciones, ya que la inyección de medios de contraste está prácticamente libre de riesgos y molestias con los modernos fármacos. Estas pueden variar desde discretas molestias (náuseas, vómitos, sensación de calor, etc.), hasta un porcentaje muy bajo menos de 1 por 100.000 inyecciones) otras complicaciones mayores (caída de tensión arterial, colapso, edema de laringe, etc.).

Habiendo leído lo anterior, manifiesto conocer y asumir los riesgos de la exploración a practicar, por lo que autorizo la realización de la misma, dando mi consentimiento informado y declarando haber obtenido dicha información de los especialistas que me van a efectuar la prueba. Igualmente autorizo la utilización de medios y/o fármacos que el médico responsable crea necesarios durante o después del estudio.

Nombre del paciente: _____ D.N.I.: _____

Exploración a realizar: _____

En Madrid, a _____ de _____ de 20_____

Firma del paciente o tutor