FORMULARIO DE CRIBADO DE TC

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MRN/ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_\_\_ EnPeso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Libras DOB: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**¿TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?**

🞎Sí🞎NO¿Te han hecho una tomografía computarizada en el pasado? En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Sí🞎NO¿Has tenido yodo o contraste IV en el pasado? En caso afirmativo, ¿tuvo alguna reacción adversa? Explicar lo que sucedió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Sí🞎NO¿Tienes diabetes? En caso afirmativo, usted toma (marque todos los que correspondan) 🞎Insulina🞎Metformina

🞎Sí🞎NO¿Tiene antecedentes de enfermedad renal, fracaso, cálculos, lesión?

🞎Sí🞎NO¿Estás en diálisis? En caso afirmativo, ¿cuándo es su próxima cita para ser dializado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Sí🞎NO¿Tienes antecedentes de cáncer? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Sí🞎NO¿Tiene antecedentes de asma u otros problemas respiratorios?

🞎Sí🞎NO¿Tienes mieloma múltiple? (cáncer de células plasmáticas)

🞎Sí🞎NO¿Toma anticoagulantes como Coumadin, Plavix o Warfarin diariamente?

🞎Sí🞎NO¿Cirugías anteriores? ¿Qué tipo y cuándo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Sí🞎NO¿Tiene (marque todos los que apliquen) 🞎enfermedad vascular 🞎presión arterial alta

🞎insuficiencia cardíaca congestiva 🞎Gusto

**SÓLO PARA MUJERES**:

🞎Sí🞎NO¿Estás o podrías estar embarazada? Fecha del último período menstrual: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

🞎Sí🞎NOHistoria de:🞎Ligadura 🞎histerectomía parcial 🞎histerectomía total

🞎Sí🞎NO¿Está amamantando actualmente a un bebé?

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Estimated GFR / Creatinine: \_\_\_\_\_\_\_ mg/dL Date of Result: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ 🞎 I-Stat 🞎 Lab Draw

IV Contrast: 🞎 Yes 🞎 No Amount: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mL 🞎 Omni 350 🞎Visi 270 IV Site: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oral Contrast: 🞎 Yes 🞎 No Amount: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mL 🞎 Omni 240 🞎 Water 🞎Volumen at: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Saline: 🞎 Yes 🞎 No Amount: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mL

Technologist Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

![WICE-LOGO[47].jpg]()CONTRASTE INTRAVENOSO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

FORMULARIO DE EDUCACION / CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Su médico ha solicitado un examen radiológico que requiere una inyección de contraste intravenoso. El material de contraste utilizado es una solución que contiene yodo que circula a través del torrente sanguíneo. Esto permite visualizar mejor los vasos sanguíneos del cerebro y el cuerpo. El contraste es entonces recogido por los riñones, las vías urinarias y la vejiga. El contraste se orina fuera de su cuerpo dentro de unas horas.

La mayoría de los pacientes no experimentan efectos inusuales de esta inyección. Ocasionalmente, el paciente puede experimentar una sensación cálida, náuseas o vómitos. Sin embargo, al igual que con cualquier procedimiento, algunos riesgos son Involucrado. Un pequeño número de pacientes tiene una reacción leve de tipo alérgico, como hinchazón de la ojos y labios, estornudos o dificultad para respirar. En la mayoría de las circunstancias, el riesgo de una reacción es muy Pequeño. El riesgo es algo mayor en asmáticos y pacientes con múltiples alergias. Si usted está asmático o altamente alérgico a cualquier alimento o medicamento, por favor informe al radiólogo. Deberías han sido premeditados antes del examen (con un esteroide como la prednisona).

Las reacciones de contraste graves o potencialmente mortales son extremadamente raras. Naturalmente, los medicamentos están en para tratar estas afecciones, en caso de que ocurran. Su médico es consciente de estas posibles complicaciones, pero ha determinado que la información diagnóstica adicional proporcionada por el contraste supera los riesgos mínimos de este procedimiento.

El radiólogo o designado estará encantado de responder cualquier pregunta específica que pueda tener sobre el procedimiento, ya sea antes o en el momento del estudio.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,comprender el procedimiento y dar permiso para la exploración que se va a realizar y para el material de contraste que se utilizará si es necesario.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma de testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_