



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO IODODUN KONTRASTE BIDEZKO PROBA ERRADIOLOGIKOAK PRUEBAS RADIOLOGICAS CON CONTRASTE YODADO

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

Proba erradiologiko hau X Izpiak erabiliz egiten den proba da, zain-barnetik iododun kontrastea sartu ostean. Gorputzaren barrualdea aztertzeo egiten da, gaixotasuna diagnostikatu edo hobeto baloratzeko.

Izan ere, kasu honetan, zain-barnetik iododun kontrastea sartzea dela hoberena erabaki da, aukera eskaintzen duelako hobeto ikusteko zenbait organo eta egon daitezkeen lesioak.

EGIN BEHARREKO PRESTAKETA: proba hau egiteko, ezinbestekoa da BARAURIK joatea.

### C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

Kasu gehien-gehienetan kontrastea zain-barneko injekzio bidez sartzeak ez du inolako arazorik sortzen. Hala ere, hauek dira eman daitezkeen konplikazioak:

- **Erreakzio arinak:** tratamendu bidez edo, batzuetan, tratamendu gabe, erraz konpontzen direnak (bero-sentsazioa, ahoko zapore txarra, goragalea, gorakoak, azkura, edo urtikaria).
- **Erreakzio larriak:** tratamendu konplexuagoen bidez konpontzen dira, gehien bat, baina kalteren bat sorrarazteko modukoak ere izan ahal dira. Batez beste, 10.000 pazientetik 4k izan dezakete honelakoren bat: arnasa hartzeko zailtasuna; bihotz-arritmia; konbultsioak; konortea galtzea; edo, giltzurrun-gutxiegitasuna. Oso-osu kasu bakanetan bada ere, iododun kontrasteek heriotza ere eragin dezakete (100.000tik 150.000ra arteko probetatik batean (%0,001 eta % 0,0007 bitartean).

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

La prueba radiológica con administración intravenosa de contraste yodado es una prueba que utiliza Rayos X para estudiar el interior de su cuerpo, a fin de diagnosticar o valorar mejor su enfermedad.

En su caso, se ha considerado que lo mejor es practicársela con administración por vena de un contraste yodado que permite ver mejor algunos órganos y sus posibles lesiones.

PREPARACION NECESARIA: para la realización de esta prueba, es preciso que acuda en AYUNAS.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

En la gran mayoría de los casos, la inyección intravenosa de contraste no provoca ningún tipo de problema, las posibles complicaciones las podemos clasificar en:

- **Reacciones leves:** de fácil corrección sin tratamiento y a veces con él (sensación de calor, mal sabor de boca, náuseas, vómitos, picores o urticaria).
- **Reacciones graves:** generalmente se corrigen con tratamiento más complejo y pueden causar algún daño. Pueden producirse en una media de 4 de cada 10.000 pacientes, y consisten en dificultad respiratoria, arritmia cardiaca, convulsiones, pérdida de conciencia o insuficiencia renal. Excepcionalmente los medios de contraste yodado pueden producir la muerte, la posibilidad de que esto ocurra se calcula de una de cada 100.000 a 150.000 pruebas (0,001 A 0,0007%)



- **OSO GARRANTZITSUA:** arriskuak paziente batzuen sentikortasun handiagoaren araberakoak izaten dira, besteak beste. Beraz, jakinarazi behar diguzu iododun kontrastea emandako probaren bat egin duzun, eta, hala bada, erreakziorik eragin ote zizun; bestelako alergia-erreakzio edo gaixotasunik ote daukazu ere aipatu behar duzu (bihotzekoa, giltzurrunekoa, asma...)

**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

<~~ ~>

- MUY IMPORTANTE: Siendo que los riesgos dependen, entre otras causas, de la mayor sensibilidad de algunos pacientes, debe comunicarnos usted si se ha realizado alguna prueba con contraste yodado, y en su caso, si le produjo alguna reacción; así como si ha tenido otro tipo de alergia o si padece alguna enfermedad conocida (de corazón, riñón, asma...)

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

**E. BESTELAKO AUKERAK:**

<~~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

<~~ ~>



<-->

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:** Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

-->

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha