



Consentimiento Informado de PET/CT

Tomografía de emisión de posición/Tomografía computarizada (PET/CT) La exploración es un procedimiento en el cual se hacen imágenes de mi cuerpo después de que se me ha administrado un marcador metabólico radiactivo. Los resultados de este examen ayudarán a mi médico a determinar la existencia, ubicación y extensión de la enfermedad. Esto ayudará a elegir el tratamiento más efectivo. Se inyectará una pequeña cantidad de marcador metabólico radiactivo en mi cuerpo a través de un catéter intravenoso o una aguja colocada en una vena de mi brazo. La dosis o cantidad de radiación que recibiré será similar a la recibida durante los exámenes de radiografía de tórax y abdomen. La dosis en mi pelvis será comparable a la dosis recibida de una tomografía computarizada de ese órgano. Se me ha explicado que la mitad de la radiactividad desaparecerá en 2 horas o menos y la radioactividad desaparecerá por completo en 12 horas.

PARA MUJERES EN EDAD DE ENSEÑANZA: Las dosis o radioactividad hasta 20 veces mayores que las que recibiré no han producido anomalías fetales detectables en un feto. Sin embargo, a los médicos que realizan la prueba que estoy a punto de hacerles les gustaria minimizar la posibilidad potencial de exposición de un feto (bebé por nacer) incluso a esos bajos niveles de radioactividad. Por lo tanto, certifico al firmar este consentimiento que, según mi leal saber y entender, no estoy embarazada y que, desde mi último periodo menstrual, he usado un método anticonceptivo médicamente aceptable y efectivo (control de la natalidad) o no he tenido relaciones sexuales. coito.

PRUEBAS DE VIH DESPUÉS DE UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL: Entiendo que en el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales durante mi examen/procedimiento, mi sangre puede analizarse para detectar anticuerpos del VIH y otras enfermedades transmisibles sin costo alguno para mi.

Responda las siguientes preguntas para que podamos evaluar si tiene un alto riesgo de efectos adversos para el material de contraste:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1). ¿Tienes alergias a algo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 2). ¿Tienes diabetes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 3). ¿Tiene la presión arterial alta? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 4). ¿Tienes una enfermedad renal? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 5). ¿Hay alguna posibilidad de que estés embarazada? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| 6). ¿Estas amamantando? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ENTIENDO QUE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS PUEDEN INVOLUCRAR EN MOLESTIAS ASÍ COMO RIESGOS. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD SUFICIENTE DE DISCUTIR EL PROCEDIMIENTO Y LOS RIESGOS PROPUESTOS CON MI MÉDICO, Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS A MI SATISFACCIÓN.

Reconozco, mediante mi firma, que entiendo la información anterior y que doy mi consentimiento, de forma libre y consciente, para realizar este procedimiento de PET/CT y/o CT con contraste. También certifico que he cumplido con las instrucciones que me dieron para los procedimientos programados.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

PET/CT Informed Consent (Spanish)
Rev 9/19