

ENCUESTA DE SEGURIDAD USO MEDIO DE CONTRASTE INTRAVENOSO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

RUT: _____ EXAMEN: _____ FECHA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TELÉFONOS DE CONTACTO: _____ / _____

1. MEDIO CONTRASTE

a. ¿Se ha realizado alguna vez exámenes con medio de contraste endovenoso? SI ___ NO ___

b. ¿Tuvo alguna complicación posterior a la inyección de este medio de contraste? SI ___ NO ___

c. Si la respuesta anterior es **SI** especifique (**MARQUE CON X**):

Rash cutáneo ___ Dificultad respiratoria ___ Crisis asmática severa ___ Shock Anafiláctico ___

d. ¿Frente a la reacción anteriormente descrita, **fue hospitalizado**? SI ___ NO ___

2. ANTECEDENTES DE ALERGIA IMPORTANTE:

¿Posee usted alergia a medicamentos, alimentos, primavera u otro, **en que haya presentado**

reacción alérgica severa con dificultad respiratoria o shock anafiláctico? SI ___ NO ___

3. ENFERMEDADES / OTROS:

✓ Asma actual en tratamiento SI ___ NO ___

✓ Enfermedades al riñón (**Insuficiencia Renal**) SI ___ NO ___

✓ Diabetes Mellitus SI ___ NO ___

✓ Hipertensión Arterial SI ___ NO ___

✓ Posibilidad de embarazo (Fecha última regla:)

✓ Antecedentes quirúrgicos (indique las operaciones realizadas) SI ___ NO ___

4. MEDICAMENTOS:

¿Toma algún medicamento en forma habitual? SI ___ NO ___

Indique nombres: _____

AUTORIZACION USO MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO: SI ___ NO ___

Declaro que he recibido hoja informativa de las ventajas y comprendo las complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos del uso de medio de contraste endovenoso.

Nombre de paciente/Responsable: _____ Firma: _____

Nombre Profesional: _____ Firma: _____

(Dato a llenar por profesional una vez observado valor de resultado de Creatinina. Los resultados no UC deben ser además escaneados).

Valor Creatinina:.....Fecha resultado:.....