

CUESTIONARIO DE SALUD Y SEGURIDAD. TC-SCANNER

INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA.

Se trata de una prueba diagnóstica que permite visualizar el interior de una zona del cuerpo (cráneo, cuello, tórax, abdomen, huesos, etc.) utilizando rayos X y procesando las imágenes por ordenador midiendo la absorción de los rayos X por los diferentes tejidos.

Las imágenes obtenidas son estudiadas e interpretadas por el médico radiólogo que emitirá un informe para el médico que le ha solicitado la prueba.

¿Cómo se realiza? El paciente permanece tumbado sobre una camilla que se introduce en la unidad de tomografía computarizada donde se generan los rayos X.

La duración total de la exploración suele ser de 15 minutos aproximadamente. Durante este tiempo, la toma de imágenes no es continua. Exige que el paciente permanezca muy quieto para conseguir imágenes diagnósticas. El paciente está en todo momento comunicado con el técnico que realiza la prueba.

Si la exploración precisa de la administración de contraste, el paciente ha de estar en ayunas cinco horas antes de la prueba.

En el caso de exploraciones abdominales, es necesario ingerir un litro de contraste oral, con el fin de teñir las paredes del tubo digestivo. Es un proceso lento por lo cual se citará al paciente 60 minutos antes de la realización de la prueba.

¿Qué molestias puede provocar? Los equipos de tomografía computarizada utilizan rayos X y están regulados para emitir la mínima dosis de radiación necesaria para obtener la imagen y el beneficio diagnóstico.

¿Qué riesgos puede ocasionar? A pesar de que las dosis empleadas son mínimas, para poder obtener la imagen hay que tener en cuenta que se utilizan radiaciones ionizantes.

El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es menor del 0,5% por lo que se puede considerar muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer en la población, que es el 33% para mujeres y del 50% para hombres. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer. Sociedad Española de la Radiología Médica (SERAM).

Los rayos X pueden ser perjudiciales para el desarrollo del feto, Por lo que puede estar contraindicado, en el caso de embarazo. Si está o cree que puede estar embarazada, por favor, comuníquese al técnico que le atenderá.

No dude en preguntar todo aquello que no le haya quedado claro.

PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.


Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web www.resona.es

1

PARA LA RECOGIDA DE PRUEBAS

Este centro garantiza la seguridad y la confidencialidad de sus datos de carácter personal y medico sanitarios recogidos durante su estancia. El resultado de las pruebas efectuadas sólo puede ser entregado al paciente o a una persona expresamente autorizada por éste. Para la recogida de las pruebas es imprescindible aportar este documento.

TC-SCANNER

	<p><u>DATOS DE LA RECOGIDA DE PRUEBAS.</u> Lugar: C/ Españoletto Nº 24 (Entrega). Horario: De lunes a viernes de 11 a 14 y de 17 a 20 h. TLF.- 91 3084088 Consulta de resultados resona.resultados@resona.es Visite nuestra WEB: www.resona.es</p>
	<p>FIRMA DEL PACIENTE</p>



Toda la información que pueda aportarnos será muy útil, para la realización del informe de su prueba. Ante cualquier duda o información adicional, no dude en hacérselo saber a nuestro personal técnico.

CONTRAINDICACIONES DE LA PRUEBA.

- ¿Está o puede estar embarazada? ____ En caso afirmativo debe usted saber que la prueba está contraindicada en su estado, por lo que ha de comunicarlo al personal de esta clínica y consultar posibles alternativas con su médico.
- ¿Ha tenido usted algún episodio previo de reacción severa a un medio de contraste? _____
- ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica (cardíaca, hepática, renal, cerebral, oftalmológica)? _____ En caso afirmativo ¿Cuál? _____

INFORMACIÓN PARA LA PRUEBA.

- ¿Por qué motivo le piden la prueba? _____
- ¿Esta operado/a? _____ En caso afirmativo ¿De qué? _____
- ¿Tiene antecedentes tumorales personales? ____ En caso afirmativo ¿Ha sido sometido a algún tratamiento (quimioterapia, radioterapia,...)? _____
- ¿Es usted alérgico a alguna sustancia? ____ ¿Le han administrado alguna vez contraste yodado? ____ ¿Es alérgico al yodo? ____
- ¿Ha sufrido algún síntoma o reacción alérgica? ____ En caso afirmativo descríbalo _____
- ¿Tiene insuficiencia renal? ____ ¿Es diabético? ____ ¿Toma metformina? ____.

El abajo firmante declara que, los datos que ha consignado son ciertos y que se ha puesto a su disposición, en el reverso de esta hoja, información escrita sobre la prueba que se va a realizar. Se le ha permitido hacer las preguntas que ha querido y de todas ellas ha obtenido una respuesta clara, comprensible y adecuada. Ha estado informado suficientemente del tipo de prueba, de sus riesgos potenciales y de los beneficios que puede obtener. Acepta la realización de la prueba a cambio de un posible beneficio en el proceso asistencial que sigue. Reconoce que someterse a esta prueba, es un acto voluntario, y manifiesta saber que puede cambiar de opinión en cualquier momento. También autoriza a RESONA el uso de las imágenes de sus estudios, debidamente anonimizados con fines educativos.

▪ **PACIENTE: D./Dña.** _____ **DNI.** _____
O REPRESENTANTE LEGAL

Madrid a ____ de _____ de 20 ____

Firma del Paciente o Representante Legal:

RELLENAR POR EL PERSONAL DE RESONA.

Conteste Si o No al siguiente cuestionario

He confirmado el nombre con la paciente.	
He confirmado el estudio que hay que realizar al paciente.	
He confirmado la lateralidad del estudio con el paciente (escribir derecha o izquierda).	
He puesto contraste.	

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma del TER.

Instrucciones para la recogida de la prueba

Si acude el **propio paciente**, deberá presentar su DNI para poder retirar los resultados. Si es **persona distinta del paciente**, deberá ser autorizada por el paciente expresamente. Para ello cumplimentará el documento de autorización que se acompaña y lo firmará.

La persona autorizada a la hora de recoger la prueba presentará la autorización y su DNI junto con una copia del DNI del paciente, y firmará esta hoja, señalando la fecha de la entrega. Si el **paciente es menor o incapaz**, sólo se entregarán los resultados a la persona que a la fecha de realizarse las pruebas se consigne como "representante del menor o incapaz" que deberá presentar su DNI para retirarlos.

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN.

D./D^a _____ con DNI _____ .AUTORIZO a D./D^a _____ con DNI _____ a que comparezca en mi nombre y representación ante RESONA para recoger los resultados de las pruebas a las que se refiere este resguardo.

En Madrid a ____ de _____ de 20 ____.

Firma del paciente _____ Firma de la persona que recoge el estudio _____