

Apellidos: ..... Nombre: .....

Fecha de nacimiento:..... Peso: kg .....

**Información para el paciente sobre la tomografía computarizada (TC)**

Estimado/a paciente:

El médico responsable de su tratamiento le ha solicitado la realización de una tomografía computarizada (TC). Antes de poder realizar la prueba le rogamos que lea detenidamente las siguientes aclaraciones y que responda el cuestionario que encontrará al final de las mismas.

**Prueba de TC**

La tomografía computarizada (TC) es un procedimiento de diagnóstico en que se irradia la zona del cuerpo que debe examinarse mediante un haz de rayos X delimitado que da vueltas alrededor del cuerpo. La carga de radiación emitida se mantiene siempre tan baja como sea posible. Gracias al posterior tratamiento computarizado de las tomas pueden obtenerse imágenes de todos los cortes tomográficos. Para aumentar la claridad e información de la prueba puede ser necesaria la inyección de un medio de contraste a través de un vaso sanguíneo.

**Realización de la prueba**

La duración de la prueba es de un máximo de media hora. Durante el tiempo que dure la toma de cada corte, apenas unos segundos, la camilla sobre la que usted estará tumbado se moverá hacia delante. Permanezca tranquilo y relajado y no se mueva, ya que el movimiento puede empeorar la calidad de la imagen mermando así el valor informativo del examen. De ser necesario, es posible que se le solicite que contenga la respiración. Nuestro personal estará siempre pendiente y podrá verle y oírle; si experimenta cualquier problema no tendrá más que decirlo. Cuando se le inyecte el medio de contraste durante el examen es importante que ese día beba mucho líquido para acelerar la eliminación del mismo del organismo.

**Tomo conocimiento de que, de ser necesario, mis imágenes serán valoradas de forma consultiva.**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Padece alguna alergia conocida a los medios de contraste y/o el yodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha experimentado problemas con los medios de contraste en exámenes previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por ejemplo, problemas circulatorios, erupciones cutáneas u otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ser así, ¿cuáles?.....		
¿Tiene usted alguna alergia o intolerancia a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre usted alguna disfunción renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es usted diabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece alguna enfermedad tiroidea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre usted de glaucoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregunta específica para pacientes femeninos: ¿está usted embarazada o cree que podría estarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tiene usted cualquier otra pregunta le rogamos que se dirija al equipo de Radiología.

**He comprendido las preguntas y las he respondido correctamente.**

Fecha: ..... Firma: .....

**Cumplimentar por el personal especializado:**

Kreatinin: ..... Clearence: ..... Visum MTRA: .....