

Hospital / Clínica
CONSULTORIO DE ALERGIA E INMUNOLOGIA

Dr. _____

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO A MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO IODADO (MCRI)

Apellido: _____ Nombre: _____ Ficha/H. Clin.: _____

A

O. Social: _____ Afiliado: _____ Fecha de Nac.: ___/___/___

Unidad: _____ Cama: _____ Edad: _____ Sexo: F / M

Solicitante: Dr/a _____

Hospital: _____ Servicio: _____

Diagnóstico: _____ Ambulatorio / Internado

Estudio a realizar:

TAC/ UROGRAMA / ARTERIOGRAFIA / CORONARIOGRAFIA / FLEBOGRAFIA /
MIELOGRAFÍA / HISTEROSALPINGOGRAFIA / PSIALOGRAFIA / CISTOGRAFIA
RETROGRADA /

OTROS: _____ FECHA: ___/___/___

DETERMINACION DE FACTORES DE RIESGO

Edad: > de 60 años o < de 1 año SI / NO

Estudios previos con MCRI: SI / NO

B

Fecha y último estudio efectuado con MCRI: _____

Reacciones adversas con MCRI: SI / NO

Reacciones Menores:

Urticaria limitada, Prurito, Conjuntivitis, Rinitis, Calor, Náuseas, Cefalea, Enrojecimiento Facial.
Dolor de Brazo, Hinchazón Parotídea, Hipotensión Arterial.

Reacciones Mayores:

Urticaria Generalizada, Angioedema, Broncoespasmo, Shock, Edema Pulmonar, Vómitos,
Convulsiones, Insuficiencia Renal Aguda, Edema Laríngeo, Arritmia Cardíaca, Paro
Cardiorrespiratorio.

Reacciones Adversas a Medicamentos: SI / NO Fármacos y manifestaciones:

Enfermedades alérgicas: SI / NO _____

Enfermedad renal: SI / NO _____

Enfermedad cardiovascular: SI / NO _____

Entidades Asociadas con Potencial Afectación Renovascular

Medicación actual: _____

BETA BLOQUEANTES - LAXANTES- DIURETICOS – RESTRICCIÓN HÍDRICA
ANTICOAGULANTES

MÉDICO SOLICITANTE:

FIRMA: _____ SELLO: _____ HOSPITAL: _____

SERVICIO: _____ BUENOS AIRES, FECHA: ___/___/___

PROTOCOLO N°: _____

C

DE ACUERDO A LOS DATOS OBTENIDOS SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE
PRESENTA:

RIESGO HABITUAL / RIESGO AUMENTADO / SE DESACONSEJAN

MCRI

SE RECOMIENDA:

Esquema farmacológico de pre-medicación

CORTICOIDES - ANTIH2 - EFEDRINA - ACIDO AMINOCAPROICO -

OTROS _____

Se notifica al paciente sobre la conducta a seguir, informándole que la utilización de medios de contraste radiológicos iodados puede producir ocasionalmente lesiones al sistema nervioso, cardiovascular (Arterias y venas), dermatológicas u otras. Pueden ser reacciones leves moderadas o graves, aún con riesgo de muerte (1/40000) siempre vinculado a los factores de riesgo. La utilización de la medicación indicada, no asegura la inocuidad absoluta a medios de contraste radiológico iodados MCRI, pero disminuye la frecuencia de las reacciones adversas.

Declaro conocer el contenido del resultado de la determinación de los factores de riesgo que me han comunicado en la fecha.

FIRMA DEL PACIENTE Y / O RESPONSABLE: _____

ACLARACION: (De puño y letra) _____

DNI (De puño y letra): _____

Firma y sello del médico responsable: _____

Domicilio del Hospital/Consultorio: _____