



G. C. B. A.

GOBIERNO de la CIUDAD de BUENOS AIRES
SECRETARÍA de SALUD

Nombre del Hospital, Institución o Médico

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

Apellido: Nombre: Ficha/H. Clin: A
Obra Social: Afiliado: Fecha de Nac.: Unidad: Cama:
Sexo: F / M Solicitante: Dr./a. Hospital: Servicio:
Diagnóstico: Ambulatorio / Internado
Estudio a realizar:
TAC / UROGRAMA / ARTERIOGRAFIA / CORONARIOGRAFIA / CISTOGRAFIA / FLEBOGRAFIA / MIELOGRAFÍA /
HISTEROSALPINGOGRAFIA / PSIALOGRAFIA / CISTOGRAFIA RETROGRA Retinofluoresceinografía
Otros:

DETERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO

Edad: > 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
Diabetes Mieloma Hipertensión Colagenopatía Deshidratación Hiperuricemia Policitemia Feocromocitoma. Otras en tratamiento:
Medicamentos que recibe actualmente:
DIURETICOS - LAXANTES - B BLOQUEANTES - RESTRICCIÓN HIDRICA - 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: (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)
RIESGO HABITUAL SI / NO RIESGO AUMENTADO SI / NO SE DESACONSEJAN MCRI SI / NO
SE RECOMIENDA:

- Esquema farmacológico de protección (según normativa).
CORTICOIDES - ANTIH1 - ANTIH2 - EFEDRINA - EPSILON AMINO CAPROICO - OTROS:
- Utilización de otros medios complementarios de diagnóstico. SI / NO
- Uso de medios de contraste de baja osmolaridad (MCBO) y no iónicos (iopamidol-iohexol-ioversol-iobitridol).SI / NO

INFORMACIÓN AL PACIENTE:

Se notifica al paciente sobre la conducta a seguir, informándole que la utilización de medios de contraste puede producir ocasionalmente lesiones al sistema nervioso, cardiovascular (arterias, 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 la administración de MCRI, pero disminuye la frecuencia de 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: DNI (De puño y letra)

ACLARACION: (De puño y letra)

Firma y sello del médico alergólogo responsable: Fecha:
(Domicilio del hospital )Ciudad de Buenos Aires