



Bio-Imagenes Group

Servicio de Diagnostico por Imágenes

SERIADA ESOFAGO GASTRODUODENAL

Por favor, siga las siguientes indicaciones para la realización del estudio.

El motivo por el cual su medico ha solicitado este estudio, es conocer el estado de la porción superior de su aparato digestivo que incluye el esófago, estomago y duodeno.

Para que se pueda efectuar el estudio es imprescindible que el estomago se encuentre libre de contenido, por lo que usted debe cumplir fielmente las siguientes instrucciones.

DIA ANTERIOR AL ESTUDIO:

Comer liviano, sin grasas, sin picantes y nada de alcohol.

DIA DEL ESTUDIO

Presentarse con 9 horas de AYUNO TOTAL.

No tomar ni siquiera agua.

Evite fumar, pues el cigarrillo estimula las secreciones del estomago.

No tome ninguna medicación.

Si usted no puede suspender alguna medicación debe tratar de ingerir las pastillas con la minima cantidad de agua posible.

Si la toma coincide con el horario del estudio deberá efectuarla después de terminado este.

TRAER ESTUDIOS PREVIOS DE ESTOMAGO Y EL DUODENO SI LOS POSEE

INDICACIONES POSTERIORES A LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

- Tomar 2 litros de agua por día.
- 1 cucharada de leche de magnesia con la cena.
- Repetir durante los tres días subsiguientes.

Presentarse con receta autorizada y DNI

CONFIDENCIAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Buenos Aires, a los días del mes de del año
Nombre del Paciente
Tipo de Documento: CI, LC, DNI N°
Con Domicilio en

Autorizo al Dr./Dra. y/o equipo que él designe a efectuar los siguientes procedimientos de Radiología con administración de sustancias de contraste y/o lodadas. (Tachar lo que no corresponda).

Declaro que el Dr./Dra. me ha explicado completamente la naturaleza y fines de la administración aplicación, introducción e intervención de los fármacos. Este procedimiento me ha sido debidamente informado, también de los beneficios y complicaciones por causas conocidas y/o desconocidas, molestias concomitantes y riesgos que puedan producirse. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y las mismas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente en forma clara y comprensible. Entiendo que en el curso de la administración de medicamentos podrían surgir condiciones imprevistas que necesiten la implementación de métodos diferentes a los previstos, consiento por lo tanto a la realización de operaciones y procedimientos adicionales que el profesional arriba mencionado o sus asistentes juzguen oportunos.

Se me ha explicado que la introducción de la aguja, (en los casos que corresponda) para la aplicación en la superficie de la piel y/o endovenosa puede quedar un hematoma, aparecer cambios en la coloración de la piel, dolor, intolerancia a los productos así administrados, reacciones de tipo alérgico y/o efectos no deseados.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales; Presto conocimiento con aquellos que en la opinión de médico tratante sean necesarios.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anterior.

Firma y aclaración del paciente

Firma y aclaración de familiares o allegados

Firma y Sello del Médico Fecha/...../.....

Negativa a recibir información

Firma y aclaración del paciente

Firma y aclaración de familiares o allegados