


FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-IMA-13
	Para Pielografía de Eliminación con uso de Contraste Endovenoso	Rev. 03

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO O CAUSAL DE LA SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO EN EL PACIENTE: _____

Información General:

Su médico le ha indicado un examen radiológico conocido como Pielografía de Eliminación, con la finalidad de obtener información en imágenes de sus riñones y vías urinarias, para definir si presentan alguna alteración o compromiso por su enfermedad.

La Pielografía de Eliminación es un procedimiento de diagnóstico radiológico en el cual una máquina de Rayos X, podrá visualizar determinados segmentos de su cuerpo, sin tocarlo ni causarle daño o dolor. El examen dura entre 30 y 120 minutos y Ud. No debería sentir ninguna molestia. La dosis de radiación que recibirá se considera no peligrosa y su uso en diagnóstico se remonta a principios del siglo XX, no existiendo a la fecha reportes valederos que demuestren efectos nocivos significativos en las personas, incluso en niños.

Este examen requiere que se le administre un Medio de contraste a través de una vena, por lo general del antebrazo. Esto con la finalidad de realzar estructuras y poder determinar mejor manera las alteraciones que pudieran observarse en sus riñones y vías urinarias.

Los medios de contraste de uso endovenoso son soluciones que contienen yodo y que pueden desencadenar en algunas personas susceptibles, algunas reacciones adversas, por lo que es necesario tomar todas las precauciones para que ello no ocurra o se minimicen sus efectos. Las reacciones adversas por lo general ocurren en forma inmediata y cualquier molestia que sienta durante el examen deberá comunicarlo al personal de la Unidad para disponer las medidas necesarias. Las reacciones adversas a los medios de contraste ocurren con poca frecuencia y los pacientes pueden experimentar enrojecimiento de la piel, aparición de manchas y picazón, dolor abdominal o mareos, náuseas y vómitos, pudiendo en casos severos presentarse alza o baja de presión, convulsiones, shock anafiláctico y paro cardio-respiratorio.

Para evitar la ocurrencia de estas reacciones adversas, si Ud. es alérgico a cualquier sustancia, medicamento o alimento, si es asmático o ha presentado previamente reacciones adversa a medios de contraste deberá advertir al personal de la Unidad antes de realizarse su examen

Objetivo:

El objetivo de este examen es obtener un diagnóstico por imágenes de la anatomía y alteraciones que pudieran presentar sus riñones y vías urinarias.

Riesgos

Presentar una reacción adversa al medio de contraste endovenoso.

Contraindicaciones:

Los medios de contraste endovenoso no deben administrarse a pacientes portadores de Insuficiencia Renal, que no se encuentren adscritos a un programa de diálisis, tampoco a pacientes con Insuficiencia cardíaca descompensada, Hipertiroidismo descompensado, Feocromocitoma o Diabetes en tratamiento con ciertos hipoglicemiantes orales (Metformina). Si Ud. Presenta alguna de estas enfermedades, comuníquelo al personal de la Unidad antes de efectuarse su examen.

Si Ud. Se encuentra embarazada o sospecha que puede estarlo también comuníquelo al personal.


Hemos seleccionado Medios de contraste que presenten la más baja tasa de reacciones adversas, para disminuir al mínimo los riesgos y así mismo disponemos de un sistema de respaldo en caso de reacciones adversas graves, comandado por Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes concurrirán, al más breve plazo hasta la unidad de Imagenología, con el equipamiento necesario al ser solicitados.

Advertencias:

Es fundamental que responda la Encuesta de Pielografía de Eliminación con seguridad y sinceridad.

En algunas personas se puede producir rotura de la vena del antebrazo en que se realiza la inyección, pudiendo generarse un hematoma o una reacción inflamatoria local, por extravasación del medio de contraste. Si a Ud. Le ocurriera esto deberá comunicarlo al personal de la Unidad para indicarle las medidas a seguir. Antes de abandonar la Unidad de Imagenología será evaluado por el personal paramédico en busca de posibles reacciones adversas.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Para Pielografía de Eliminación con uso de Contraste Endovenoso</p>	<p>FL-IMA-13</p>
		<p>Rev. 03</p>

DECLARO:

Que el/la Tecnólogo/a Médico/a _____ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales que puede representar para mi salud la realización del examen denominado Pielografía de eliminación con uso de medio de contraste endovenoso. Declaro además no presentar ninguna de las contraindicaciones que me han señalado y autorizo al personal de Hospital Clínico Viña del mar para realizar todas aquellas acciones necesarias para recuperar mi salud en caso de presentar alguna reacción adversa, asumiendo los costos que eso implique.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me administre medio de contraste paramagnético (Gadolinio).

En el Hospital Clínico Viña del Mar, el _____ de _____ de 20____

Firma del Paciente y/o Representante legal

Firma del (ta) Profesional

RECHAZO

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO que se me realice el examen de Pielografía de eliminación con uso de medio de contraste endovenoso que se me ha indicado y acepto que mi decisión puede tener consecuencias en mi salud.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, el _____ de _____ de 20____

Firma del Paciente y/o Representante legal

Firma del (la) Profesional

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado con fecha _____ y por lo tanto autorizo que se me realice el examen de Pielografía de eliminación con uso de medio de contraste endovenoso.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, el _____ de _____ de 20____

Firma del Paciente y/o Representante legal

Firma del (la) Profesional