


FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Tomografía Computada con uso de contraste endovenoso	FL-IMA- 16
		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 solicitado un examen radiológico conocido como Scanner o Tomografía Computada, con la finalidad de obtener información en imágenes de distintos órganos o estructuras de su cuerpo, para definir si presenta alguna alteración o compromiso por su enfermedad.

La Tomografía computada es un procedimiento de diagnóstico radiológico, en el cual una máquina de Scanner, utilizando Rayos X, podrá visualizar determinados segmentos de su cuerpo, sin tocarlo ni causarle daño o dolor. El examen dura entre 5 y 20 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. Sin embargo, la realización de múltiples exámenes incrementa la dosis de radiación recibida, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar un Cáncer.

Algunos exámenes de Tomografía computada requieren que se le administre un Medio de contraste a través de una vena, por lo general del antebrazo. Esto con la finalidad de realzar vasos sanguíneos y poder definir de mejor manera las alteraciones que pudieran observarse en distintos órganos o tejidos.

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 comunicarla 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 ronchas 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 adversas 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 más preciso respecto de otras técnicas de diagnóstico por imágenes, permitiendo el uso de medio de contraste realzar estructuras y vasos sanguíneos para mejor definir las alteraciones que pudieran presentar.

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 Scanner, con el equipamiento necesario al ser solicitados.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Tomografía Computada con uso de contraste endovenoso	FL-IMA- 16
		Rev. 03

Advertencias:

Es fundamental que responda la Encuesta de Tomografía Computada 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 Scanner será evaluado por el personal paramédico en busca de posibles reacciones adversas.

DECLARO

Que el/la Tecnólogo/a Médico _____ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales que puede representar para mi salud la realización del examen denominado Tomografía computada 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 realice el examen de Tomografía computada, que se me ha indicado.

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

Firma del Paciente y/o Representante legal

Firma del (la) 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 Tomografía computada 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

REVOCACIÓN

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 en fecha _____ y autorizo proseguir con el procedimiento.

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

Firma del Paciente y/o Representante legal

Firma del (la) Profesional