


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> Para Exámenes con Uso de Radiación ionizantes en Mujeres en Gestación	FL-IMA-28
		Rev. 01

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:

Usted será sometida a un procedimiento diagnóstico (Rayos, Scanner o medicina Nuclear) en el cual es necesario utilizar radiación ionizante, su médico tratante que deriva el examen el Dr. \_\_\_\_\_ evaluó el riesgo/beneficio para usted y su bebe, por lo cual solicita \_\_\_\_\_ a realizarse en el centro diagnóstico del HCVM (Hospital Clínico Viña del Mar).

## Riesgos:

No existe en la literatura ensayos con radiación ionizante en mujeres embarazadas que permitan exactamente las consecuencias de su uso durante la gestación; si existe evidencia in Vitro, que demuestre que las células con un alta tasa mitótica (división celular) son mas lábiles a la radiación interfiriendo en los procesos del ciclo celular (Ley Bergonie y Tribondeaux -1906), lo cual se aplica al feto en formación cuyas células se multiplican rápidamente y en una alta tasa para poder formar las estructuras del nuevo ser.

Los efectos producidos para radiaciones de bajo LET (transmisión lineal de energía) como es el caso de los rayos X y rayos Gamma se clasifican dentro de los efectos Estocásticos probabilísticas, tardíos o a largo plazo cuya probabilidad de ocurrencia esta en relación con la dosis recibida, estos efectos biológicos son el cáncer y los efectos hereditarios, producidos principalmente por modificación de la información genética de la célula, por alteración de genes específicos, en el caso del cáncer no se puede decir con certeza que este fue ocasionado por la radiación pero si se puede estimar la probabilidad de la ocurrencia según la dosis.

Por lo anterior expuesto, el mayor riesgo existe durante el primer trimestre del embarazo, donde se contraindican este tipo de exámenes, a menos que la vida de la madre se encuentre en extremo peligro.


Durante el segundo y tercer trimestre la probabilidad del daño celular baja obedeciendo a la Ley de Radiosensibilidad (Bergonie y Tribondeaux) debido a que los órganos ya están formados.

## Medidas de Radio protección:

La exposición del feto a la radiación puede prevenirse con la utilización de un delantal de plomo (3mm Pb) que detiene la radiación en un 99%, siempre y cuando el área en estudio no sea el abdomen o la pelvis, lo que previene cualquier efecto secundario a la exposición, para el caso de exámenes de Rayos o Scanner.

En el caso de medicina nuclear no es posible tomar ninguna medida debido a que el radioisótopo se inyecta al torrente sanguíneo, siendo en este caso la radiación mucho menor en comparación con los exámenes de rayos y scanner.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> Para Exámenes con Uso de Radiación ionizantes en Mujeres en Gestación	FL-IMA-28
		Rev. 01

**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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_, 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 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 \_\_\_\_\_, 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**

**REVOCACION**

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 \_\_\_\_\_ 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**