

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-170

Preventivo Colored

Rev.01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Programa preventivo cuyo objetivo es la prevención y detección precoz del Cáncer de Colon.

CARACTERÍSTICAS DEL PREVENTIVO COLORED (En qué consiste)

Programa preventivo Colored es un programa cuya finalidad es la detección precoz del Cáncer Colorectal. Esta iniciativa nace de la necesidad de enfrentar el aumento de la mortalidad de Cáncer Colorectal en Chile mejorando la calidad de vida de la población a través de la toma de conciencia de los riesgos y medidas necesarias en caso se presente un diagnóstico de Cáncer Colorectal.

Este programa está dirigido personas que según rango de edad y asintomáticos se les evalúa los factores de riesgo y se les ofrece la realización de un examen inmunológico de sangre oculta en deposiciones (TSDOI) si este examen da positivo se le ofrece la realización de Colonoscopia, todo esto avalado por el centro endoscópico de excelencia a través de un programa e indicadores definidos.

Programa que aplica a hombre y mujeres entre 40-75 años de edad que según criterios de inclusión ingresan al programa, que comprenden las siguientes etapas.

a) Fase de Enrolamiento:

Se inicia con una consulta de enfermería (sin costo), donde se realiza:

- Encuesta de salud con incorporación de datos entregados por el paciente a un software diseñado para este fin.
- Entrega de Colon Check 2 tubos con folleto informativo que detalla la toma de muestra, plazos de entrega y de análisis de resultados.
- Educación por medio de material audiovisual de hábitos de vida saludable.

b) Fase de análisis e informes:

- El Programa Preventivo comprende la incorporación al software de seguimiento anual monitorizado por Clínica las Condes, el análisis de las muestras y la entrevista personalizada con enfermera a cargo del Programa.
- La recepción de las muestras será llevada a cabo por el servicio de laboratorio será de lunes a viernes en horario de 8:00 am a 6:00 pm (según indicaciones de enfermera a cargo del programa).
- Todas las indicaciones complementarias sugeridas como consultas médicas y/o colonoscopias son por cargo del paciente bajo cobertura de su plan de salud.
- Los resultados del Colon Check serán reportados en forma preliminar por vía telefónica para entregar las indicaciones a seguir y de manera definitiva en oficina de entrega de exámenes en piso -1 en los horarios de 9:00 a 16.00 en un plazo máximo de 2 semanas de recepcionada la muestra.

C) Fase de Cierre

- En pacientes con Colon Check negativo y/o Colonoscopia normal la consulta de cierre puede ser llevada a cabo por enfermera a cargo del programa.
- En el caso de Colonoscopias (+) el cierre deberá efectuarse por médico Endoscopista a cargo del programa quien entregara los hallazgos encontrados y plan de vigilancia.
- Seguimiento será llevado a cabo por enfermera a cargo del programa quien realizara recordatorio (llamada telefónica) a paciente ingresado al programa.

RIESGOS POTENCIALES DEL PREVENTIVO COLORED

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-170

Preventivo Colored

Rev.01

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Preventivo Colored**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Preventivo Colored**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Preventivo Colored** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

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

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

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

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)