

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-IMA-02

(RN) Para Examen de Cavidad Pelviana

Rev.04

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

El objetivo de este examen es obtener un diagnóstico más preciso respecto de otras técnicas de diagnóstico por imágenes.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE CAVIDAD PELVIANA (En qué consiste)

La Resonancia Magnética (RM) una técnica de diagnóstico por imagen que combina la acción de un gran campo magnético creado por un imán con la aplicación de ondas de radiofrecuencia y las posibilidades de un ordenador potente para obtener imágenes de gran sensibilidad, en todos los planos del espacio, de las estructuras internas del cuerpo.

En el interior de la máquina un potente imán crea un campo magnético alrededor del paciente. En un momento determinado se envían ondas de radiofrecuencia que alteran la alineación de los átomos de hidrogeno del organismo. Según las características de las diferentes estructuras y de que estas se vean afectadas por procesos inflamatorios, tu morales, traumáticas, cicatriciales y hemorrágicos; la vuelta a la normalidad de los átomos se produce de forma diferente, esto produce distintas señales que recogidas por un ordenador, se traducen en forma de imágenes.

El procedimiento es indoloro y Ud. no debe sentir molestias durante su realización. Deberá sin embargo mantenerse quieto(a) durante el examen y cumplir las indicaciones que le sean entregadas por el (la) profesional que realiza dicho examen.

Para disminuir la motilidad intestinal se administrara vía intramuscular BUSC APINA SIMPLE para aumentar sensibilidad del examen y evitar artefactos de movimientos propios del intestino.

RIESGOS POTENCIALES DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE CAVIDAD PELVIANA

- Desplazamiento y calentamiento de dispositivos o elementos intracorporales de materiales no permitidos en Resonancia magnética.
- Mal funcionamiento de dispositivos electrónicos biomédicos como: marcapasos, válvulas cardiacas, bombas de infusión implantadas y/o neuroestimuladores.
- Quemaduras corporales en puntos de contacto piel-piel, piel-magneto, piel-cables y algún elemento metálico extracorpóreo no retirado al momento del examen (piercing, joyas, electrodos no compatibles).

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Contraindicaciones:

- Presencia de marcapasos, válvulas cardiacas, clips de aneurisma, neuro estimuladores, implantes cocleares y bombas de infusión implantadas.
- Cuerpos extraños: Esquirlas metálicas, agujas, restos de balas y perdigones en el cuerpo.
- Pacientes con mecanismos de termorregulación alterados, no se realizara la exploración a pacientes con temperatura axilar superior a 37,5° c.
- BUSCAPINA SIMPLE: No debe administrarse a pacientes con miastenia graves y megacolon, trastornos uretro- prostáticos con riesgo de retención de orina, glaucoma de ángulo estrecho, taquicardia, arritmias o íleo mecánico. Además, no debe administrarse a pacientes con sensibilidad previamente comprobada al N-butilbromuro de hioscina o a cualquier otro componente del producto.

Advertencias:

- Es fundamental que responda la Encuesta de Resonancia Magnética con seguridad y sinceridad, si posee algún elemento nombrado implantado en su cuerpo que tenga menos de 10 años de antigüedad, lo más probable es que sea compatible con la RM (Resonancia Magnética); si su antigüedad es mayor a 10 años, dependiendo de su ubicación, se procederá a realizar una prueba en la sala de resonancia y en su defecto si tiene ubicación cercana a órganos vitales o partes blandas, es necesario averiguar con el médico que lo implanto de qué material es y si es seguro para realizar el examen. Sin estos antecedentes no será posible realizar la exploración.
- En pacientes con historia de crisis de pánico o claustrofobia, que no toleren la exploración, será responsabilidad de su médico tratante indicar cualquier tipo de medicación previa al examen, el personal de Resonancia Magnética de Hospital Clínico Viña del mar no está autorizado para indicar, ni administrar ningún tipo de fármaco para realizar el examen. Luego de la administración de BUSCAPINA SIMPLE y debido a los trastornos de la acomodación visual, los pacientes no deben conducir o manejar maquinarias, hasta que la visión se haya normalizado. (Aproximadamente 2 horas).

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO (RN) Para Examen de Cavidad Pelviana

FL-IMA-02
Rev.04

DECLARO:

Que el/la Tecnólogo/a Médico _____ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

Potenciales que puede representar para mi salud la realización del examen denominado **Resonancia Magnética de Cavidad Pelviana**. Declaro además no representar 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 una **Resonancia Magnética de Cavidad Pelviana**

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 una **Resonancia Magnética de Cavidad Pelviana** 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)