

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	FL-IMA-13
	<b>Para Pielografía de Eliminación con uso de Contraste</b> <b>Endovenoso</b>	Rev.03

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 por imágenes de la anatomía y alteraciones que pudieran presentar sus riñones y vías urinarias.

## CARACTERÍSTICAS DE LA PIELOGRAFÍA DE ELIMINACIÓN CON USO DE CONTRASTE ENDOVENOSO (En qué consiste)

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 toarlo 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 definir de 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 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.

## RIESGOS POTENCIALES DE LA PIELOGRAFÍA DE ELIMINACIÓN CON USO DE CONTRASTE ENDOVENOSO

Presentar una reacción adversa al medio de contraste endovenoso.

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Para Pielografía de Eliminación con uso de Contraste**  
**Endovenoso**

FL-IMA-13  
 Rev.03

**DECLARO:**

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

Que pueda 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 de Viña de 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 **Pielografía de eliminación con uso de Contraste Endovenoso**.

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 **Pielografía de eliminación con uso de Contraste Endovenoso** 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)**

**REVOCAACION:**

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)**