

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE SCREENING AUDITIVO EN RECIÉN NACIDO.

FL-OTO-01

Rev.00

R.N. _____ 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)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE: SCREENING AUDITIVO

INFORMACIÓN GENERAL

En el país, existe una política a nivel nacional para realizar la detección universal de hipoacusia (pérdida auditiva) en pacientes pertenecientes a FONASA mediante el bono PAD. El Hospital Clínico Viña del Mar (HCVM) cuenta con un programa para realizar el screening auditivo a todos los recién nacidos en la institución, de esta manera realizar seguimiento y posterior rehabilitación/intervenciones necesarias lo más temprano posible.

El screening auditivo, es un procedimiento diagnóstico electrofisiológico, donde el profesional Tecnólogo (a) Médico(a) de la unidad de otoneurología del HCVM examina con una sonda el oído del recién nacido, la cual registra sonidos en el conducto auditivo externo para determinar la presencia o no de hipoacusia. Es un procedimiento que se hace en ambos oídos, no invasivo e indoloro que dura unos minutos.

Esta detección se puede realizar mediante Emisiones Otoacústicas (EOA) o Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral Automatizados (PEAAT).

Existen dos resultados:

- PASA: El registro cumple los criterios de aprobación por parte del equipo en uno o ambos oídos.
- REFIERE: El equipo no considera que la respuesta obtenida sea confiable en uno o ambos oídos.

Razones por la cual el examen puede resultar "REFIERE":

- Aspectos circunstanciales del nacimiento, como líquido amniótico en el oído medio, el cual drena involuntariamente con el paso de los días.
- Recién nacido muy inquieto durante la realización del examen.
- Mucho ruido en el ambiente.
- Alteración auditiva congénita o adquirida.

Una vez realizado el examen, el encargado de su realización o personal perteneciente a la unidad de otoneurología deberá informarle el resultado y posteriormente adjuntar el informe del examen en la ficha clínica para ser entregado al momento del alta médica. En caso de que el resultado sea "REFIERE", en el informe irá escrito el número para agendar hora a la repetición de este examen dos semanas posteriores al alta del recién nacido.

OBJETIVO

El objetivo de este examen es obtener un diagnóstico precoz acerca de la audición del recién nacido. De esta forma poder detectar tempranamente alteraciones auditivas para posteriormente, tratarlas debidamente.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LA REALIZACIÓN DE SCREENING AUDITIVO EN RECIEN
NACIDO.

FL-OTO-01

Rev.00

DECLARO:

Que el/la personal _____ me ha informado sobre el procedimiento del **SCREENING AUDITIVO** y en qué consiste su finalidad y realización.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** la realización del examen.

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

Firma del Representante Legal _____

Nombre y Firma personal Otoneurología: _____

RECHAZO:

R.N _____ 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 y no acepto ante ninguna circunstancia la REALIZACIÓN DEL SCREENING AUDITIVO, 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, a _____ de _____ de 20_____

Firma del representante Legal: _____

Nombre y Firma personal Otoneurología: _____

REVOCACIÓN:

R.N _____ 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** la REALIZACIÓN DEL SCREENING AUDITIVO.

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

Firma del representante Legal: _____

Nombre y Firma personal Otoneurología: _____