

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO (RN) Para examen de Cavidad Pelviana

FL-IMA- 02

Rev. 03

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:

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 hidrógeno del organismo. Según las características de las diferentes estructuras y de que éstas se vean afectadas por procesos inflamatorios, tumorales, 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 administrará vía intramuscular BUSCAPINA SIMPLE para aumentar sensibilidad del examen y evitar artefactos de movimientos propios del intestino.

### Objetivo:

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

### Riesgos:

Desplazamiento y calentamiento de dispositivos o elementos intracorporales de materiales no permitidos en Resonancia magnética.

- Malfuncionamiento de dispositivos electrónicos biomédicos como: marcapasos, válvulas cardíacas, 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).

### Contraindicaciones:

- Presencia de marcapasos, válvulas cardíacas, clips de aneurisma, neuroestimuladores, 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 realizará 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 uretroprostáticos 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).

**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 denominado Resonancia Magnética de cavidad pelviana. 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 de Resonancia Magnética, 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

**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 Resonancia Magnética, 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

**REVOCAION**

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 Resonancia Magnética 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