

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada.	FL-IMA- 25
		Rev. 01

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:

Su Médico le ha solicitado un examen radiológico conocido como Colonoscopia virtual por Tomografía Computada, con la finalidad de obtener información en imágenes en distintos planos del tracto digestivo, a nivel del colon, para definir si presenta alguna alteración o compromiso por su enfermedad.

La Colonoscopia Virtual por Tomografía computada es un procedimiento de diagnóstico por imágenes, la cual consiste en la introducción de una sonda vía rectal, por la cual se insuflará aire para distender el colon. Con el colon distendido y utilizando Rayos-X podremos evaluar de manera virtual toda la pared del intestino grueso. El examen dura entre 25 a 35 minutos. 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. Sin embargo, la realización de múltiples exámenes incrementa la dosis de radiación recibida, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar un Cáncer.

En algunos casos este estudio deberá ser complementado con la administración de medio de contraste yodado endovenoso previa autorización de su médico tratante.

## Objetivo:

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

## Riesgos:

- Presentar síndrome diarreico asociado al uso de medio de contraste oral.

## Contraindicaciones:

Si Ud. se encuentra embarazada o sospecha que puede estarlo también comuníquelo al personal.

Si presenta Insuficiencia Renal, Insuficiencia cardiaca o Diabetes Insulino-Dependiente, por favor avísenos.

## Advertencias:

Es fundamental que responda la Encuesta de Tomografía Computada con seguridad y sinceridad. Antes de abandonar la Unidad de Scanner será evaluado por el personal paramédico en busca de posibles reacciones adversas.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p><b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO Para</b> <b>Colonoscopia Virtual por Tomografía</b> <b>Computada.</b>	FL-IMA- 25
		Rev. 01

**DECLARO**

Que el Dr. \_\_\_\_\_ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales que puede representar para mi salud la realización del examen denominado Colonoscopia Virtual por Tomografía computada. 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 Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada, 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 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 Colonoscopia Virtual por Tomografía computada, 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 Profesional**

**REVOCACION**

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 en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el procedimiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente y/o Representante legal**

\_\_\_\_\_

**Firma del Profesional**