

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES EMBARAZADAS PARA LA EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES EN EXÁMENES DE RADIODIAGNÓSTICO

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

| | |
|---------------------|--|
| Nombre del Paciente | |
| R.U.T del Paciente | |

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

Existen exámenes Imagenológicos que utilizan radiaciones ionizantes para su realización.

Algunos de estos exámenes son:

Radiografías, Mamografías, Densitometrías, Estudios Digestivos, Procedimientos con Apoyo Fluoroscópico, Tomografías Computadas, Estudios de Medicina Nuclear y PET CT.

Las radiaciones ionizantes pueden producir efectos en el embrión o feto que dependen del tiempo de gestación, y de la dosis de radiación recibida. Estos efectos pueden aparecer también de forma natural o inducidos por otros factores.

En el procedimiento que se le realizará, la dosis recibida es muy baja y el riesgo de aparición de efectos radio inducidos es despreciable (Para la mayoría de los procedimientos diagnósticos, impartiendo dosis fetales de hasta aproximadamente 1 mGy, los riesgos asociados de cáncer infantil son muy bajos).

Sin embargo, hay que tener en consideración que la probabilidad de daño es mayor sobre todo al inicio del embarazo (3 primeros meses). Este riesgo es variable y no predecible, y no se puede eliminar a pesar de las medidas de protección radiológicas disponibles (**uso de delantal plomado**).

Tomando en consideración lo expuesto anteriormente, su médico ha justificado la realización del estudio basándose en que los beneficios que se obtienen superan ampliamente a los posibles efectos que le pueda ocasionar, y a que no hay técnicas alternativas igual de eficaces para un buen diagnóstico.

Debe tener en cuenta que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto mediante exámenes que usen radiaciones ionizantes varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (como enfermedades preexistentes) que signifiquen mayores riesgos.

Cantidad de Semanas de Embarazo: _____

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Examen para Pacientes Embarazadas Expuestas a Radiaciones Ionizantes en Exámenes de Radiodiagnóstico**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL EXAMEN PARA PACIENTES EMBARAZADAS EXPUESTAS A RADIACIONES IONIZANTES EN EXÁMENES DE RADIODIAGNÓSTICO, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

| | | |
|---|------------------------------|--------------|
| Firma del Consentimiento: | FECHA: ____/____/____ | HORA: |
| Procedimiento o Intervención Quirúrgica | | |
| Diagnóstico | | |
| Nombre, R.U.T. y Firma Médico | | |

Completar por el Paciente o Representante Legal

| | |
|--|--|
| Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde | |
|--|--|

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)