



Consentimiento Informado para
Sedación en Exámenes de
Imagen

Consentimiento Informado para Sedación en Exámenes de Imagen

Consentimiento Informado para Sedación en Exámenes de Imagen

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:.....

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

Me ha explicado que es conveniente proceder a **QUE SE LE REALICE EXAMEN BAJO SEDACIÓN.**

INFORMACIÓN GENERAL

Para realizar un Scanner o una Resonancia se requiere que el paciente no se mueva durante el tiempo que dura el examen, esto puede ser desde un par de minutos para el Scanner hasta media hora en una Resonancia Magnética. En el caso de niños menores de 5 años una alternativa para lograr esto, es la sedación con Hidrato de Cloral, esta droga se administra por vía oral o transrectal por una enfermera en el Servicio de Urgencia y produce un estado de somnolencia en la cual el niño puede responder a la estimulación y mantiene la capacidad de respirar solo. A pesar de ser un procedimiento seguro, no está exento de riesgo, entre los cuales **los principales son:**

- Depresión respiratoria.
- Hipotensión.
- Arritmias.
- Vómitos.
- Alergias e irritabilidad.

Es por la probabilidad de ocurrencia de éstos es que al paciente le será instalada una vía venosa y estará monitorizado (será conectado a un equipo que mide si el niño está respirando normalmente) desde el momento de la administración de la droga y hasta el alta del paciente en el servicio de Urgencia.

El alta del paciente se realiza cuando el paciente vuelve a su estado basal (normal), sin embargo persiste efecto residual del medicamento (Hidrato de Cloral), lo que puede producir en el niño somnolencia, esto aumenta el riesgo de accidentes, por lo que debe permanecer en observación por un adulto las horas posteriores al examen.

Otra alternativa para realizar estos exámenes es usar anestesia general, procedimiento realizado por un médico anestesista, el que se preocupa de controlar al paciente durante el examen y además administra drogas al paciente que permiten que al momento del alta no exista efecto residual.

Autorizo al servicio mencionado y al equipo asistencial a practicar el procedimiento médico especificado en el anverso de esta hoja y el tratamiento que juzgue oportuno.

Me han informado plenamente sobre el procedimiento, su rendimiento, necesidad eventual de repetirlo, de los costos adicionales que esto implica y además sus riesgos y beneficios.

Autorizo también al médico responsable para que tome las decisiones que considere más indicadas en el caso de que se produzcan complicaciones.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO QUE SE LE REALICE EXAMEN BAJO SEDACIÓN.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).