

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENEMA BARITADO

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- El enema baritado de colon es un procedimiento diagnóstico, que se emplea para el estudio de algunas enfermedades del intestino grueso. Entrega información sobre este órgano, referida particularmente a su longitud, diámetro y alteraciones de su superficie interna.
- Para efectuar el examen apropiadamente se le dieron indicaciones, que UD. ya debe haber cumplido, y que permite que el intestino se encuentre limpio para obtener una buena visión del mismo.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se le solicitara llenar una encuesta sobre alergias a medicamento y se le solicitará que firme una autorización para la realización del procedimiento, si esta de acuerdo con ella.
- Se le colocará un medicamento por vía intramuscular para disminuir los movimientos normales del intestino.
- Luego el médico le efectuará un tacto rectal, para descartar alteraciones que impidan el examen y
- Posteriormente colocará un pequeño tubo en el recto, a través del cual se administra un medio de contraste y aire, esto provoca cierto malestar, el que en general es bien tolerado.
- El examen se realiza sobre una mesa de rayos x, se le pedirá situarse en diferentes posiciones, así como también se moverá la mesa en distintos sentidos. Por tratarse de un examen de rayos x, si UD. es mujer, debe informarnos acerca de la posibilidad que esté embarazada.
- La exploración durará entre 15 y 20 minutos.

RIESGO GENERALES Y ESPECÍFICO

- En general este es un procedimiento bastante seguro, sin embargo debe comprenderse que existen algunos riesgos asociados, los que se presentan con escasa frecuencia y que incluyen: pequeños desgarros o erosiones del esfínter anal, sangramientos (más frecuentes en presencia de hemorroides) y existe un riesgo escaso de perforación del colon. No vacile en consultar de urgencia si nota algún dolor, fiebre u otros malestares en las primeras 24 hrs., después del procedimiento.
- No dude en consultar al personal médico sobre cualquier duda respecto de este examen.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Doy mi conformidad para que las imágenes radiológicas que se tomen en el curso de la exploración, puedan examinarse, conservarse o manejarse del modo que se crea más conveniente para un adecuado diagnóstico.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha