

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEUMOARTROGRAFÍA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- La neumoartrografía es un procedimiento diagnóstico, que se emplea principalmente para el estudio de las enfermedades que afectan las articulaciones y que entrega información sobre alteraciones de la cavidad articular y sus componentes (cartílagos, meniscos, ligamentos y tendones).

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Antes del examen deberá llenar y firmar una encuesta para determinar si tiene antecedentes alérgicos a productos de contraste.
- Se le inyectará una pequeña cantidad de anestesia local lo que puede provocarle una sensación de ardor y luego un adormecimiento de la zona.
- El examen consiste en inyectar, mediante una punción con aguja fina, una cierta cantidad de producto de contraste y de aire en la cavidad de la articulación. Esto permite visualizar los componentes de la articulación con rayos x y tomar radiografías en diferentes posiciones.
- Las pacientes mujeres en edad fértil deben informar si están embarazadas o si existe la posibilidad que lo estén. Esto es muy importante que ya como se explicó anteriormente éste examen se realiza con rayos x los cuales pueden ser dañinos para el bebé en gestación.

### RIESGO GENERALES Y ESPECÍFICO

- Aunque las complicaciones son poco frecuentes, pueden producirse durante o después del procedimiento. Una de ellas es la reacción alérgica al medio de contraste. Cualquier sustancia introducida al organismo puede desencadenar una reacción alérgica incluso en personas sanas, sin antecedentes previos. Estas reacciones pueden ser leves y no requerir ningún tratamiento o ser graves y necesitar la administración de medicamentos o incluso una hospitalización.
- Otras complicaciones, aunque muy raras son posibles como el sangramiento interarticular o infección articular. En atención a lo anterior debe tener presente que deberá consultar al médico si en las primeras 48 horas después del procedimiento siente molestias como: dolor persistente, hinchazón, enrojecimiento o dificultad a los movimientos de la articulación.

### 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.
- Doy la autorización además para que se administren los medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables para conseguir un buen resultado del examen.
- 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) .....  
 RUT .....  
 Firma .....

Sr(a) .....  
 RUT .....  
 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 .....