

CONSENTIMIENTO INFORMADO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ECOGRAFIA

Versión 2 Fecha: abril 20 de 2023

Fecha ___/___/___ Hora: _____ Ciudad: _____ Nombre completo: _____
 Tipo y Número de identificación: _____ de _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Número Telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Tome el tiempo que requiera para tomar su decisión antes de firmar este consentimiento. Recuerde que tiene derecho a hacer preguntas al personal médico sobre el procedimiento y se le recomienda hacerlas antes de aceptarlo.

A. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APOYO. *En caso de tratarse de un menor de edad o personas en situación de discapacidad que limite la toma de decisiones este documento deberá ser firmado por el paciente y por su representante legal o apoyo responsable.* Nombre: _____
 Número de identificación: _____ Teléfono: _____
 Parentesco/Tipo de representación legal: _____

B. PROFESIONAL QUIEN REALIZA EL PROCEDIMIENTO.

Nombre: _____ Registro Médico _____
 Sin embargo, cualquiera de los profesionales de EMDIAGNOSTICA SAS podrá participar o realizar mi procedimiento.

C. INDICACIÓN

Este procedimiento fue ordenado por el Dr. _____ en consideración a que en su calidad de médico tratante ha considerado conveniente y pertinente su realización en razón a _____

D. EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a. Objetivos y beneficios

La ecografía o ultrasonografía es un procedimiento radiológico comúnmente utilizado para efectos de obtener mediante el estudio correspondiente, valiosa y necesaria información diagnóstica.

b. Descripción de la ejecución

El procedimiento se realiza según indicación del médico tratante, en algunos casos con una preparación previa, que permite que el médico radiólogo pueda ver y medir algunas estructuras. El médico esparce un gel conductor sobre la piel y procede a mover un transductor sobre la zona indicada a examinar, el dispositivo envía ondas sonoras que se convierten en imágenes en el monitor.

E. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE:

El médico radiólogo previa evolución de las condiciones de salud del paciente (evaluación clínico-patológica) y teniendo en cuenta que ni el médico solicitante ni el paciente, ni ninguna otra persona le han informado sobre antecedentes que hagan desaconsejable la práctica del procedimiento, me manifiesta que lo considera procedente advirtiéndome que de acuerdo con las normas sobre ética médica no es responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil precisión.

F. EXPLICACION DE LAS ALTERNATIVAS: Dentro del proceso de información que da lugar a la firma del presente consentimiento me han sido explicadas las alternativas existentes para apoyar el diagnóstico de mi condición clínica que incluye otros estudios por imágenes diagnósticas. Así mismo, me han explicado las razones por las cuales la ECOGRAFIA se considera el más aconsejable, de acuerdo con la indicación del médico tratante.

G. POSIBILIDADES DE NO MEJORIA O NO OBTENCION DEL RESULTADO

Entiendo y acepto que en todo procedimiento, intervención o tratamiento médico es posible que no se alcancen los objetivos descritos en el tratamiento y que, en este caso, no sea posible finalizar el procedimiento, obtener certeza diagnóstica sobre su condición clínica o alcanzar los resultados terapéuticos buscados. La práctica del procedimiento radiológico con radiación no ionizante como lo es la ecografía, compromete una actividad de medio en el campo diagnóstico, pero no de resultado en relación con la conducta que adopte el médico tratante.

H. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS

Generales: La ecografía diagnóstica no tienen ningún riesgo ni contraindicación, se puede realizar las veces que sea necesaria.

I. NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES

Las obligaciones asumidas por el profesional y por la institución son obligaciones de medio y no de resultado. Por lo anterior, tanto el profesional como la institución ponen a su disposición la experiencia, pericia, prudencia y diligencia para ofrecer un servicio seguro y de calidad, pero no se comprometen a obtener un resultado ni a eliminar los riesgos previsibles o imprevisibles que puedan desprenderse del tratamiento, intervención o procedimiento. En esa medida soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente las posibilidades absolutas y relativas de lograr los objetivos indicados, acepto y entiendo que los resultados pueden variar dependiendo de mi condición clínica y que, por tanto, **NO** se pueden garantizar los resultados.

J. EXPLICACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE HACERLO O NO.

Entiendo que el procedimiento es esencialmente diagnóstico, por lo que la no realización del procedimiento disminuye la posibilidad de llegar a un diagnóstico adecuado, y de realizar la consecuente intervención terapéutica o tratamiento.

K. PREPARACIÓN PREVIA, EVOLUCIÓN POSTERIOR Y SIGNOS DE ALARMA. Entiendo que no cumplir con las instrucciones previas y posteriores al tratamiento, puede afectar los objetivos buscados con el procedimiento. Entiendo que mi resultado, debe ser evaluado por mi médico tratante en consulta. La preparación completa está disponible en www.emdiagnostica.com sección PREPARACIONES y sin ella no se podrá realizar el procedimiento. Según el examen específico:

Ultrasonido de abdomen total requiere ayuno de al menos 4 horas y vejiga llena (tomar líquidos no gasificados, abundantes, hasta lograr vejiga llena). • Ultrasonido de abdomen superior, de hígado, vías biliares y Elastografía de Hígado: ayuno de al menos 4 horas. • Ultrasonido Renal, de vías urinarias y Pélvico: vejiga llena (tomar líquidos no gasificados, abundantes, hasta lograr vejiga llena). • Doppler Portal, Renal y Mesentérico: requieren ayuno de al menos 4 horas. • Los demás estudios ecográficos (tejidos blandos) y Doppler no requieren ayuno ni repleción vesical (aguantar ganas de orinar). • BACAF de tiroides, seno y Tru-cut de seno: suspender ASA (aspirineta) 5 días antes. Traer estudios previos de imagen.

L. NO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA. Me ha sido informado que tengo derecho a no dar mi consentimiento para el presente procedimiento, y que tengo derecho a revocarlo luego de haberlo otorgado para lo cual se diligenciará la sección correspondiente a "Disentimiento informado". En cualquiera de los dos casos tanto el médico o profesional de la salud, como la institución, quedan a disposición del paciente para el momento en el que decida realizar el procedimiento, intervención o tratamiento, contestar las dudas o inquietudes que tenga o valorar alguna de las alternativas.

M - DECLARACIONES

- 1- Declaro que he tenido acceso a la información que se encuentra consignada en el presente documento con anterioridad a la realización del procedimiento o intervención y que he tomado el tiempo suficiente para analizar la información previo a la firma del presente consentimiento.
- 2- Declaro que todos los espacios del presente documento fueron llenados con anterioridad a su firma, y, por tanto, consiento y acepto su contenido.
- 3- Declaro que no concurre en mi ninguna circunstancia que pueda afectar mi voluntad o consentimiento, y que, por tanto, pueda viciar la autorización otorgada mediante la firma del presente documento.
- 4- Declaro que he comprendido la información que me ha sido clara y oportunamente suministrada y que he tenido la oportunidad de hacer las preguntas y aclarar las dudas relacionadas con el procedimiento, tratamiento o intervención.
- 5- Declaro que, de conformidad con la información oportuna y claramente suministrada, otorgo a Emdiagnostica S.A.S y al profesional designado por la institución, mi consentimiento libre, informado y cualificado para la ejecución del tratamiento o procedimiento propuesto.
- 6- CONSIENTO Que se me realice _____ SI () NO ()
- 7- OBSERVACIONES ADICIONALES _____

Firma del paciente

Firma del representante legal o apoyo

Firma del profesional

Identificación

Identificación

R.M.

DISENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que **renuncio** expresa, libre y voluntariamente al procedimiento, tratamiento o intervención propuesto por los profesionales de Emdiagnostica.

Declaro que me han sido explicados de forma clara y oportuna las indicaciones del procedimiento, tratamiento o intervención y de las consecuencias que trae consigo la no realización del procedimiento o intervención.

Declaro que la decisión sobre la no realización del procedimiento, tratamiento o intervención es una determinación libre y voluntaria.

Firma del profesional

R.M. _____

Firma del paciente

Identificación

Firma del representante legal o apoyo

Identificación