**Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción. Dentro de las normas éticas exigidas en la ley 1419 de 2010 que establece los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y calidad. Donde la resolución 2654 del 2019 exige el informar de manera adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan presentarse en el modelo de telexperticia que serán realizados, solicitando su consentimiento anticipadamente (Art. 7 del capítulo I). Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informarle a usted y su familia acerca del modelo de lectura de las imágenes por telexperticia por parte del especialista en Radiología

**ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA**

Este documento aplica para todos los procedimientos de realización de imágenes diagnosticas ionizantes y/o que incluyan uso de medio de contraste oral y endovenoso, cuya lectura de resultados puede ser presencial o a través de telexperticia, de igual manera aplica para pacientes que se encuentren en estado de embarazo que requieran tomografías simples o con medio de contraste.

**PROCEDIMIENTO DE TOMA DE IMÁGENES RADIOLOGICAS CON LECTURA O RESULTADOS A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA O TELEXPERTICIA**

La toma de sus imágenes diagnosticas se realizan dentro de las instalaciones del Hospital Regional de Moniquirá, con equipos de alta tecnología que toma imágenes, son usados a través de una infraestructura tecnológica, que garantiza calidad y la fiabilidad del proceso, donde la lectura o Interpretación de sus imágenes se realiza de manera presencial o remota por parte de un médico especialista en radiología, mediante el uso de un software especializado que cumple con los requisitos de la seguridad, privacidad y confidencialidad de la información**.**

**LA LECTURA DE SU PROCEDIMIENTO SE REALIZARÁ: PRESENCIAL: \_\_\_ TELEXPERTICIA: \_\_\_\_\_ EL PACIENTE REQUIERE MEDIO DE CONTRASTE: SI \_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

**¿LA PACIENTE ESTA EMBARAZADA? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imagen** | **En que consiste el examen** | **Riesgos** | **Beneficios** |
| **Tomografía Computarizada /TAC**Método de exploración radiológica que permite el estudio de un órgano o tejido, desde distintos planos. | Técnica exploratoria radiográfica que permite obtener imágenes de una sección o un plano de un órgano de forma precisa en cortes. Las imágenes se toman desde diferentes ángulos y se usan para crear vistas tridimensionales (3D) de los tejidos y órganos, detectando con mayor claridad masas, tumores, dilataciones, o afectaciones de mayor complejidad que no pueden ser detectadas con otros equipos como rayos x o ecografías. A veces se inyecta un tinte o **medio de contraste** en una vena o se ingiere de modo que estos tejidos y órganos se destaquen de forma más clara,La lectura de las imágenes o interpretación clínica las realiza el especialista en medicina radiológica de forma presencial o remota (telexperticia) usando software especializado que garantiza la calidad del proceso en todas sus etapasLos Medios de contraste no deben administrarse a pacientes portadores de Insuficiencia Renal, que no se encuentren en un programa de diálisis, en pacientes con Insuficiencia cardíaca descompensada, Hipertiroidismo descompensado, o Diabetes en tratamiento con hipoglucemiantes como la Metformina. Si usted presenta alguna de estas enfermedades, comuníquelo al personal de la Unidad antes de efectuarse su examen.Para evitar la ocurrencia de estas reacciones adversas, si Usted es alérgico a cualquier sustancia, medicamento o alimento, si es asmático o ha presentado previamente reacciones adversas a medios de contraste deberá advertir al personal de la unidad antes de realizarse su examen. | Las radiaciones ionizantes bien utilizadas con equipos de alta tecnología no representan riesgo para la salud, sin embargo, a mayor cantidad de dosis de radiación ionizante recibida, mayor será el riesgo de efectos adversos tales como: quemaduras de la piel, caída del cabello, náusea, defectos de nacimientoSi se utiliza **medios de contraste algunos riesgos leves son:** presencia de náuseas, vómitos, urticaria y picazón. Ocurren en un 1-15% de los pacientes a los que se les administran contrastes iónicos, mientras que aparecen en un 0,7-3,1% de pacientes a los que se les aplican contrastes no iónicos.En las moderadas existen vómitos severos, urticaria marcada, broncoespasmo, edema facial y/o laríngeo, **Riesgos Severos**: acentuación de síntomas anteriores, convulsiones, pérdida de conocimiento, angioedema, edema, laríngeo, arritmia cardiaca y colapso cardiorrespiratoria. | Ayuda de forma no invasiva e indolora a diagnosticar enfermedades y controlar los tratamientos y terapias.Da apoyo a la planificación del tratamiento médico y quirúrgico, antes, después, e incluso en algunos casos, durante la intervención. |
| **Rayos x Convencional** es una prueba rápida e indolora que produce imágenes de las estructuras internas del cuerpo, a través de Técnicas exploratoria radiográfica  | Los rayos X pasan a través del cuerpo y se absorben en diferentes cantidades dependiendo de la densidad del material por el que pasan. Los materiales densos, como el hueso y el metal, se ven blancos en las radiografías. El aire de los pulmones se muestra negro, mientras que la grasa y los músculos aparecen en tonos grises.La lectura de las imágenes o interpretación clínica las realiza el especialista en medicina radiológica de forma presencial o remota (telexperticia) usando software especializado que garantiza la calidad del proceso en todas sus etapas. | Las radiaciones ionizantes bien utilizadas con equipos de alta tecnología no representan riesgo para la salud, sin embargo, a mayor cantidad de dosis de radiación recibida, mayor será el riesgo de efectos adversos tales como: quemaduras de la piel, caída del cabello, náusea, defectos de nacimiento | Ayuda de forma no invasiva e indolora a diagnosticar enfermedades y controlar los tratamientos y terapias.Da apoyo a la planificación del tratamiento médico y quirúrgico, antes, después, e incluso en algunos casos, durante las intervenciones. |
| **Mamografía**La mamografía de exploración es un tipo específico de toma de imágenes de los senos que utiliza rayos X de baja dosis para detectar en forma temprana el cáncer | se colocará la persona de pie frente a una máquina especial de rayos X. Una tecnóloga colocará su mama sobre una placa de plástico. Después cubrirá esa mama con otra placa, presionando firmemente. Las placas aplanarán la mama y la mantendrán inmóvil mientras se toma la radiografía. Los pasos se repiten para tomar una imagen del costado de la mama. Posteriormente, le sacarán una radiografía a la otra mama de la misma forma.La lectura de las imágenes o interpretación clínica las realiza el especialista en medicina radiológica de forma presencial o remota (telexperticia) usando software especializado que garantiza la calidad del proceso en todas sus etapas | Imprecisión: El principal riesgo de las mamografías es que no son perfectas. El tejido mamario normal puede ocultar un cáncer de mama y hacer que este no se observe en la mamografía. Esto se denomina falso negativo.detectan bultos que pueden ser inocuos y no hay forma de saber cuáles tumores son agresivos y letales y cuáles no. | Incrementar la probabilidad de supervivencia de una mujer con un resultado a tiempo. |

Cuando **la lectura o resultados es interpretado remotamente o por telexperticia se puede correr algunos riesgos tales como**: El radiólogo puede determinar que la información transmitida no es suficiente y solicitar la repetición del procedimiento y si se presenta alguna falla tecnológica en la transmisión de la información se debe repetir el procedimiento.

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO;** no contar con un Diagnostico concluyente, en consecuencia, no contar con un adecuado manejo y tratamiento

**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Dado que se encuentre usted embarazada, se deben considerar los posibles riesgos derivados de la exposición a radiación X para el feto, especialmente en el primer trimestre del embarazo. No obstante, no va usted a recibir Rayos X directos en el abdomen y, por otro lado, le vamos a proteger de toda radiación que no esté dirigida a proporcionar una imagen diagnóstica, colocándole un delantal plomado expresamente concebido para evitar la llegada de radiaciones al abdomen.

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:** La información que se obtiene mediante imágenes diagnosticas (RX, Tomografía, Mamografía) no pueden conseguirse con ningún otro método NO tiene alternativa de manejo

**ES IMPRESCINDIBLE QUE NOS DÉ SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO PARA PODER REALIZARLE EL EXAMEN**. Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y de otras alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de este procedimiento. También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. En tales condiciones CONSIENTO que se me efectúe este procedimiento.

**¿comprendió la información brindada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_;** Acepto la lectura o interpretación del resultado **de las imágenes a través de telemedicina:**  SI\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |
| **MEDICO QUE SUPERVISA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FISICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

 En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE**  |  |  |  |
| **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |
| **MEDICO QUE SUPERVISA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL**

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado. En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como testigo de la atención del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

 En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE SI EXISTE**  |  |  |  |
| **PROFESIONAL O TESTIGO**  |  |  |  |
| **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |
| **MEDICO QUE SUPERVISA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución. Indique las causas del disentimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL ASISTENCIAL** |  |  |  |