clínica biobío
Contigo las 24 hrs.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POLISOMNOGRAMA

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente…..RUT:.....
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

El polisomnograma es un examen que se realiza preferentemente durante la noche, que se efectúa en la Unidad de Sueño del 4º piso de Clínica Bio Bio. Consiste en la medición de la actividad eléctrica cerebral y de la monitorización simultánea de otros parámetros electrofisiológicos vitales (tales como: frecuencia cardíaca, flujo aéreo nasal, movimientos respiratorios toráxico y abdominal, saturometría continua de oxígeno y movimientos de extremidades), durante el sueño, por aproximadamente ocho horas, para lo cual se instalan una serie de transductores en cabeza, tronco, abdomen y extremidades.

En algunos casos, el médico tratante solicita, que en caso de que el paciente presente un trastorno respiratorio del sueño (apneas) se le aplique una mascarilla en la nariz (CPAP), durante la segunda mitad de la noche, para evaluar si lo ayuda a solucionar el problema.

En la gran mayoría de los casos, esto se puede llevar a cabo sin inconvenientes, pero hay situaciones en que esto no es posible. Entre otros motivos está: que el paciente no tolere el dispositivo, que el sueño se inicie demasiado tarde, que las apneas aparezcan en la segunda mitad de la noche o que el número sea menor al requerido por las normas técnicas de la Academia Americana de Sueño para practicar este procedimiento.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Este examen resulta muy útil en el estudio y diagnóstico de trastornos del sueño, tanto en el adulto como en el niño, tales como: apneas centrales y obstructivas del sueño, síndrome resistencia vía aérea superior, movimientos periódicos de extremidades y algunas parasomnias, todas patologías de alta prevalencia y morbimortalidad asociadas.

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, asociados al propio procedimiento, tales como: lesiones dérmicas por irritación, sequedad de mucosas, intolerancia al dispositivo de presión positiva de vía aérea (CPAP).

Del mismo modo, pueden ocurrir en forma espontánea y no asociadas al procedimiento, complicaciones médicas de presentación súbita, tales como: crisis convulsivas, infarto agudo miocardio, accidentes cerebrovasculares y/o muerte súbita, y que están relacionadas con las enfermedades de base del paciente. En caso de presentarse alguna de ellas, serán resueltas médicamente, por parte del Servicio de Urgencia de la Clínica, y no forman parte del procedimiento polisomnográfico.

clínica biobío
Contigo las 24 hrs.

DECLARACION 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.
•Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
•También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO	PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
Dr(a).	Sr(a). .....
RUT.	RUT. .....
Firma:	Firma: .....

NEGACION (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:.....

REVOCACION

☐ 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:.....