

Yo, _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, autorizo al Doctor _____ y a los asistentes de su elección, a realizar la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es): BIOPSIA TRUCUT Y/O BIOPSIA BACAF Y/O
MARCACIÓN CON ULTRACLIP

También se me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, así como los beneficios, las complicaciones, las posibles molestias, los riesgos inherentes a la intervención propuesta y en particular los siguientes:

prótesis mamaria, neumotórax

Se me ha informado de las siguientes alternativas de diagnóstico y/o tratamientos existentes: _____, así como de las ventajas y limitaciones del procedimiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados en ninguna intervención quirúrgica.

Se me ha informado que en el curso de la intervención propuesta pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento o intervención autorizado o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga conveniente, dentro de su criterio y autonomía profesional.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. Así mismo se me ha dado la posibilidad de retirar voluntariamente el consentimiento para el procedimiento propuesto, sin detrimento en mi relación con el médico o la institución.

Finalmente, manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al procedimiento propuesto y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

Firma del paciente o persona responsable*
Documento de Identidad:
Tipo¹ _____ No. _____

Firma del testigo:
Documento de Identidad:
Tipo¹ _____ No. _____

*Parentesco si firma una persona que no sea el paciente:

¹ Coloque la sigla según corresponda: CC (Centro de Costa Rica), CE (Centro de Extremidad), PA (Pariente)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el presente documento, y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado.

Firma, sello y número de registro del médico

Fecha

**CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE RIESGO DE CONTAGIO
DE COVID-19
(PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O DIAGNÓSTICOS PROGRAMADOS)**

Fecha: ____ de ____ del ____ en la ciudad de ____
 Día Mes Año

Nombre del Paciente: _____

Tipo de Identificación: CC ____ CE ____ TI ____ Otro ____ N° _____

Yo _____, identificado con CC ____ CE ____
N° _____ de _____, en pleno uso de mis facultades mentales,
actuando en nombre propio ____ o en representación de _____ (nombre
del paciente) y con el fin de recibir el tratamiento/procedimiento

MANIFIESTO:

I. Que en forma **LIBRE Y VOLUNTARIA** contesto el cuestionario que se plantea a continuación, siendo informado de la necesidad de dar respuesta precisa y veraz a cada uno de los interrogantes, por ser de vital importancia para definir el plan de manejo y las medidas a adoptar para la protección del paciente, el personal de la salud y la comunidad en general:

A. DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

1. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado fiebre de 38°C o más? SI__ NO__
2. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado tos seca? SI__ NO__
3. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado dificultad respiratoria? SI__ NO__
4. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con esta enfermedad? SI__ NO__
5. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha estado fuera del país o en contacto con viajeros provenientes del exterior? SI__ NO__
6. ¿Usted, alguien con quien convive o con quien ha sostenido contacto estrecho ha presentado síntomas tales como diarrea, dolor de garganta, dolores articulares, congestión nasal, reducción o pérdida del olfato o del gusto? SI__ NO__

B. ¿USTED PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE RIESGO?

1. ¿Es mayor de 65 años? SI__ NO__
2. ¿Vive en un sitio especializado para personas de la tercera edad? SI__ NO__
3. ¿Tiene alteraciones del sistema inmune? SI__ NO__
4. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.)? SI__ NO__
5. ¿Tiene hipertensión arterial o enfermedades del corazón? SI__ NO__
6. ¿Tiene obesidad? SI__ NO__
7. ¿Tiene problemas de azúcar (diabetes)? SI__ NO__
8. ¿Tiene alguna enfermedad renal o hepática? SI__ NO__
9. ¿Se encuentra en embarazo? SI__ NO__

LISTA DE VERIFICACION PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Apellidos y Nombres: SANCHEZ NUÑEZ, MARIANY Fecha procedimiento: 12/08/2022 No Historia clinica: CE-410196

PROCEDIMIENTO: BIOPSIA TRUCUT Y/O BACAF; BIOPSIA BAJO RESONANCIA MAGNETICA; MARCACION UL-TRACLIP; MARCACION CON ARPON; SUROS Y/O DRENAJE	EDAD:	AÑOS	Acompañante:	Ambulatorio <input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalario <input type="checkbox"/>
--	-------	------	--------------	---	---------------------------------------

SI	NO	NA	PLANEAR EL PROCEDIMIENTO
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identificacion Paciente (manilla debidamente diligenciada)
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se revisaron las imágenes
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Historia clinica relevante
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Consentimiento Informado
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere ayuno
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se ordeno laboratorio relevante
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se revisaron tiempos de coagulacion
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verificacion de suspension de anticoagulacion antes de realizar el procedimiento
			INICIAR LA SESION
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verificar insuomos
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Todos los registros del paciente (Historia Clinica)
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paciente correcto (lado-sitio)
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cumple ayunos
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acceso intravenoso
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Equipos de monitoria conectadas
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se comprueban los resultados de laboratorio
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se revisaron alergias
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se reviso la profilaxis
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se administraron antibioticos y otras drogas
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se discutieron las complicaciones/consentimiento
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toma de signos vitales previos al procedimiento
			FINAL DE LA SESION
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nota escrita posoperatoria
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Signos Vitales durante el procedimiento
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ordeno medicamentos y laboratorios pos procedimiento
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muestras marcadas se enviaron a laboratorios
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Constancia de recibido de muestras
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Resultados del procedimiento se discutieron con el paciente
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se dieron recomendaciones verbal y escrita
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se ordenaron pruebas e imágenes de seguimiento
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se comunicaron resultados del procedimiento con acompañante

SE ENTREGAN REPORTES E IMÁGENES ANTERIORES A PACIENTE

Elaborado por: **AUXILIAR DE ENFERMERIA: XIOMARA CORREA** Radiologo: **DRA. LORENA ACOSTA** Paciente: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre(s) y apellido(s)

Edad Año(s) Mes(es) Día(s)

Sexo Femenino Masculino

Fecha de valoración

Historia clínica No.

Número de habitación, cubículo o sala de cirugía

Unidad funcional

Diagnóstico actual

INFORMACIÓN DE SEGUIMIENTO

Número de seguimiento (Días)

Turno de enfermería

Nombre, firma o sello de la Enfermera en turno

Fecha de seguimiento

Factores de riesgo

Especificación

Valor

No 0

Sí 1

No 0

Sí 1

Ninguna 0

Diuréticos 1

Antiparkinsonianos 1

Tranquilizantes - sedantes 1

Hipotensores no diuréticos 1

Antidepresivos 1

Analgésicos Opioides 1

Ninguno 0

Alteraciones visuales 1

Alteraciones auditivas 1

Déficit de miembros 1

Orientado 0

Confuso 1

Normal 0

Segura con ayuda 1

Insegura con o sin ayuda 1

Imposible 1

Puntaje total (realice la sumatoria de los puntajes obtenidos por seguimiento)

Registre para cada seguimiento realizado por turno el valor para cada especificación según factor de riesgo. (Puntaje igual o mayor a 3. Alto riesgo de caída. - Verificar la aplicación de medidas de prevención y protección al respaldo)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12