

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
SPF./DRA.IBU./CMG./FLM./mlm.
Nº324: 14-08-2020.

RESOLUCION EXENTA Nº 1908 /

19 AGO 2020

SAN FELIPE,

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorándum Nº43 de 24-07-2020, de la Jefa del Departamento de Gestión Hospitalaria de este Servicio de Salud, quien solicita se apruebe el **Protocolo de derivación de pacientes de la red asistencial a procedimientos de resonancia magnética en el Hospital San Camilo**, documento elaborado Jefe del Servicio de Imagenología del Hospital San Camilo y revisado por profesionales de la Subdirección de Gestión Asistencial, la Resolución Nº6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. Nº1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº2.763 de 1979 y de las Leyes Nº18.933 y Nº18.469, en el D.S. Nº140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Decreto Supremo Nº16 de 2019 de esta Dirección de Salud, vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCION

APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua:

"Protocolo de derivación de pacientes de la red asistencial a procedimientos de resonancia magnética en el Hospital San Camilo."

ANOTESE Y COMUNIQUESE.


SUSAN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
DEPARTAMENTO DE ASESORIA JURIDICA/
SPF./DRA.IBU./CMG./FLM./mlm.
Nº324: 14-08-2020.

RESOLUCION EXENTA N° 1908 /

SAN FELIPE, 19 AGO 2020

Con esta fecha la Directora ha resuelto lo que sigue:

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Memorandum N°43 de 24-07-2020, de la Jefa del Departamento de Gestión Hospitalaria de este Servicio de Salud, quien solicita se apruebe el **Protocolo de derivación de pacientes de la red asistencial a procedimientos de resonancia magnética en el Hospital San Camilo**, documento elaborado por el Jefe del Servicio de Imagenología del Hospital San Camilo y revisado por profesionales de la Subdirección de Gestión Asistencial, la Resolución N°6 de 2019 de la Contraloría General de la República, y teniendo presente el D.F.L. N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763 de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469, en el D.S.N°140 de 2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Decreto Supremo N°16 de 2019 de esta Dirección de Salud, vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCION

APRUEBASE el siguiente Protocolo del Servicio de Salud Aconcagua:

"Protocolo de derivación de pacientes de la red asistencial a procedimientos de resonancia magnética en el Hospital San Camilo."

ANOTESE Y COMUNIQUESE.


SUSAN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Transcrito fielmente del original que he tenido a la vista".


PRISCILA GALLARDO QUEVEDO
MINISTRO DE FE



DISTRIBUCION:

Subdirección de Gestión Asistencial:

- Dpto. Gestión Hospitalaria.
 - Dpto. de Gestión en Red.
 - Dpto. de Salud Mental.
- cc:** Jefa Of. Calidad y Seguridad del Paciente.

Hospital San Camilo de San Felipe:

- Dirección.
- Calidad y Seguridad del Paciente.
- Subdirección Médica.
- Depto. Atención al Usuario.
- Servicio de Imagenología.

Hospital San Juan de Dios de Los Andes:

- Dirección.
- Calidad y Seguridad del Paciente.
- Subdirección Médica.
- SOME.
- Servicio de Imagenología.

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel:

- Dirección.
- Calidad y Seguridad del Paciente.
- Subdirección Médica.
- SOME.

COSAM San Felipe:

- Dirección.
 - Subdirección Médica.
 - SOME.
- cc:** Calidad y Seguridad del Paciente.

COSAM Los Andes:

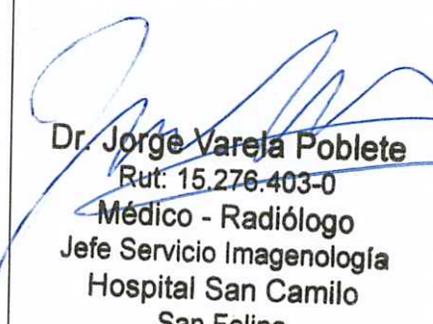
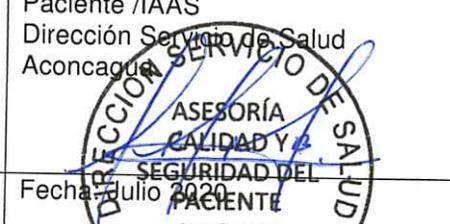
- Dirección.
 - Subdirección Médica.
 - SOME.
- cc:** Calidad y Seguridad del Paciente.

Departamento Asesoría Jurídica.

Oficina de Partes.



PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO.

<p>Elaborado por: Dr. Jorge Varela Poblete Neurorradiólogo Jefe Unidad de Imagenología Hospital San Camilo</p>  <p>Dr. Jorge Varela Poblete Rut: 15.276.403-0 Médico - Radiólogo Jefe Servicio Imagenología Hospital San Camilo San Felipe</p> <p>Fecha: Julio 2020</p>	<p>Revisado por: Mat. Claudia Muñoz García Jefa Depto. Gestión Hospitalaria Subdirección Gestión Asistencial Servicio de Salud Aconcagua</p>   <p>EU. Pía Rubilar Bragg Jefa Calidad y Seguridad del Paciente /IAAS Dirección Servicio de Salud Aconcagua</p>   <p>Fecha: Julio 2020</p>	<p>Aprobado por: Dra. Iris Boisier Utz Subdirectora de Gestión Asistencial Servicio de Salud Aconcagua</p>   <p>Fecha: 20 Julio 2020</p>
---	---	--

**DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA
MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO**

CONTENIDO:

1. Introducción.....	3
2. Objetivo	3
3. Alcance:.....	3
4. Responsables:.....	4
5. Desarrollo:.....	4
a) Flujos de Atención:.....	4
i. Pacientes ambulatorios:	5
ii. Pacientes ambulatorios en lista de espera:.....	5
iii. Pacientes hospitalizados:	5
iv. Pacientes derivados del Servicio de Urgencia:.....	6
b) Priorización:	6
6. Registro de Información:.....	6
7. Indicadores:.....	7
8. Normas y Referencias:	8
9. Anexos :Documentos obligatorios para solicitud de RM:	9
10. Revisión	14
11. Distribución	15

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO**1. Introducción**

Un examen por Resonancia Magnética (RM) es un procedimiento de diagnóstico médico complejo, que consiste en obtener imágenes del cuerpo humano, procesando ondas de radiofrecuencia que emiten las diferentes zonas del organismo, luego de ser sometidas a un campo magnético. Representa una elevada inversión hospitalaria, debido principalmente a la sofisticada tecnología en la que se basa y al recurso humano altamente especializado asociado.

Dentro del apoyo diagnóstico que proporcionan las imágenes médicas, la RM constituye el último y más complejo recurso para numerosas patologías. Es la modalidad de imagen que aporta el mayor detalle e información de una determinada patología, previo a la Anatomía Patológica.

Dado la complejidad de este recurso, para su uso adecuado y racional, se requiere el específico conocimiento de sus indicaciones, de su técnica de imagen, de sus riesgos, etc., lo que generalmente es manejado por médicos especialistas y subespecialistas de las diferentes áreas de la medicina hospitalaria.

Es un examen de relativa larga duración (entre 30 minutos hasta las 2 horas) y su realización depende de varios pasos, por ejemplo, la revisión de la pertinencia de la solicitud, la verificación de la seguridad (Del paciente, acompañantes, personal de la salud), la programación de las secuencias de imagen de acuerdo a la sospecha clínica, el proceso de interpretación de las imágenes y la confección del informe.

Explicado lo anterior y en el entendido del adecuado funcionamiento de la Red de Salud, para optimizar el acceso, la calidad y seguridad de la prestación del estudio por RM a la población beneficiaria, es necesario un protocolo de derivación, donde se establecerá el flujo de pacientes una vez realizada la Solicitud de Resonancia Magnética.

2. Objetivo

Establecer e implementar un protocolo o flujo de derivación de pacientes que requieran estudios de RM, que integre los servicios y unidades clínicas y administrativas de los establecimientos de la Red del Servicio de Salud Aconcagua, con el fin de derivar de manera pertinente, ordenada, priorizada y eficiente a los pacientes.

3. Alcance:

- Subdirectores médicos.
- Jefes de Servicios y Unidades clínicas de los Hospitales San Camilo, San Juan de Dios y Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel.
- Médicos y odontólogos especialistas y subespecialistas que se encuentren activamente trabajando en los Hospitales San Camilo, San Juan de Dios y Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel.



SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

PROTOCOLO

Código : SDGADSSA151

Edición : 01

Fecha : 20 Julio 2020

Página :4 de 15

Vigencia :2020-2025

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

- Jefe/a SOME y su equipo, en el ámbito administrativo.
- Controles de gestión de los hospitales señalados.

4. Responsables:

- Los subdirectores médicos de los hospitales señalados serán los responsables de velar por el cumplimiento de este protocolo, así como de proponer las actualizaciones y modificaciones pertinentes.
- El/la jefe/a de SOME y su equipo administrativo será responsable de la aplicabilidad de este protocolo desde el punto de vista administrativo.
- De los jefes de servicios y unidades clínicas será responsabilidad velar por el adecuado cumplimiento de este protocolo por parte de sus médicos a cargo.
- El médico jefe de la subunidad de resonancia magnética del HOSCA será el responsable de fiscalizar el adecuado funcionamiento de los flujos descritos en este protocolo, detectando y comunicando oportunamente a su jefatura directa ante cualquier problema.
- El Médico especialista que indica el examen es el encargado de obtener el consentimiento informado con el paciente al momento de derivar al procedimiento.

5. Desarrollo:

Para la operatividad del presente protocolo, se establece como requisito excluyente la **“Admisibilidad de las solicitudes de RM”**, las que deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Las solicitudes sólo podrán ser indicadas y extendidas por un médico-cirujano u odontólogo, con los postgrados de especialista y/o subespecialista de sus áreas respectivas.
- Las solicitudes sólo se podrán originar de los siguientes Establecimientos; Hospital San Camilo, Hospital San Juan de Dios, Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, COSAM San Felipe y COSAM Los Andes. Excepción a esto corresponderá la prestación de servicios a Hospitales de otros Servicios de Salud, por necesidades de Red de Salud.
- Sólo se aceptará el formato de solicitud definido en el presente protocolo (**Ver Anexo 1**).
- El formato de la solicitud debe estar llenado completamente.
- El formato de la solicitud debe estar escrito en formato digital o manuscrito con letra legible (a criterio del Radiólogo informante).

a) Flujos de Atención:

A continuación se detalla el flujo de pacientes desde los ámbitos ambulatorio, hospitalizado y urgencia.

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO**i. Pacientes ambulatorios:****o Provenientes del HOSCA y HOSLA:**

- Paciente desde el consultorio de especialidades hará entrega a personal administrativo de RM los documentos obligatorios para cualquier procedimiento de Resonancia Magnética (Anexos) estos son:
 - a) La solicitud de RM.
 - b) El consentimiento Informado de RM

Una vez recepcionados estos documentos, el personal administrativo de imagenología aplicará las siguientes encuestas:

- a) La encuesta de seguridad relacionada al campo magnético.
- b) La encuesta de seguridad relacionada al uso de medio de contraste endovenoso en RM.

Posteriormente hará entrega al paciente del **Díptico informativo**, éste contiene información relevante sobre el examen, riesgos, instrucciones y requerimientos.

- La **secretaría de RM de HOSCA** hacia el final de la jornada planificará y priorizará junto al tecnólogo médico de resonancia, los cupos para los pacientes y se agendarán. Se realizará ingreso al sistema informático. Posteriormente se procederá a citación telefónica con al menos 3 días de antelación.
 - El día del examen, el paciente será recepcionado por la secretaria de RM de HOSCA, quién dará aviso a TENS de RM, el cual, saldrá a buscar al paciente a la sala de espera o hará llamado por dispositivo de altoparlante.
- o **Provenientes de la Red Aconcagua:**
 - Las Solicitudes de RM de los Establecimientos de la Red (Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel y COSAM San Felipe y COSAM Los Andes) deben ser entregadas vía nómina en la secretaría de resonancia magnética de Hospital San Camilo, debiendo ser previamente ingresadas en el sistema informático desde su lugar de origen.

ii. Pacientes ambulatorios en lista de espera:

- o Las solicitudes de Resonancia Magnética, deben presentar los documentos obligatorios para cualquier RM (Solicitud, encuestas de seguridad, consentimiento informado).
- o Se les priorizará por criterios de temporalidad y relevancia clínica.
- o Se agendarán y se citarán mediante llamado telefónico.

iii. Pacientes hospitalizados:

- o El personal de salud hospitalario (TENS – Enfermería – Médico) hace entrega directamente al personal de RM la “solicitud de RM”, de las “encuestas de seguridad relacionadas al campo magnético y uso de medio de contraste endovenoso en RM” y el

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

“consentimiento Informado de RM”, es el tecnólogo médico (TM) de RM quien determinará el momento de la realización del estudio.

- Se llamará telefónicamente al servicio clínico donde se encuentre el paciente para agendar su estudio.
- Para el caso de solicitud de otros hospitales de la red, estos documentos se enviarán escaneados a la secretaria de Resonancia Magnética de HOSCA vía correo electrónico a paulina.herrera@redsalud.gov.cl y hsc.secretariarnm@redsalud.gov.cl , luego de lo cual se le solicitará telefónicamente la hora al teléfono 34-2493556 o Red MINSAL 343556.

iv. Pacientes derivados del Servicio de Urgencia:

- Mediante la vía más expedita posible: Telefónica o presencial, se le solicita al Tecnólogo Médico de resonancia el estudio de urgencia, quien podrá suspender o retrasar otros estudios que se encuentren ya agendados para ese día.

Los documentos obligatorios para cualquier RM deben ser enviados a la brevedad al tecnólogo médico supervisor de RM (TM. Iván Sanhueza) de manera presencial o escaneados al correo de ifsatec@msn.com y hsc.tmsupervisorrm@redsalud.gov.cl

b) Priorización:

La prioridad de resolución estará dada de acuerdo al siguiente orden:

1. Solicitudes provenientes de unidades de emergencia hospitalarias.
2. Solicitudes provenientes de hospitalización.
3. Solicitudes por sospecha o diagnósticos oncológicos.
4. Solicitudes en espera de cirugía relacionada con la RM.
5. Solicitudes de pacientes pediátricos.
6. Antigüedad en lista de espera.

6. Registro de Información:

- Consentimiento informado original debe archivarse en ficha clínica y copia en las dependencias de RM.
- Pauta de seguridad relacionada al campo magnético y de medio de Contraste en RM debe archivarse en ficha clínica del paciente y copia en RM.

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

7. Indicador:

Título	Derivación de paciente al examen de Resonancia Magnética con documento de consentimiento informado completo
Descripción y Racionalidad	Supervisar el correcto llenado del consentimiento informado del paciente para procedimiento de Resonancia Magnética en Hospital San Camilo, según ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes.
Dominio	Proceso
Numerador	Número de pacientes derivados desde la Red Asistencial del Servicio de Salud Aconcagua para examen de RM que cumplen con consentimiento informado con datos completos en ficha clínica del paciente $\times 100$
Denominador	Número de pacientes derivados desde la Red Asistencial del Servicio de Salud Aconcagua para examen de RM
Fuente de datos	Ficha clínica
Muestreo recomendado	Muestra aleatoria del total de derivaciones para RM, realizadas en el trimestre, considerando + 10% de rango de error y un 90% de porcentaje de cumplimiento esperado.
Periodicidad de Informe de Evaluación.	Trimestral
Umbral/Criterios de interpretación de resultados	$\geq 90\%$
Áreas de aplicación	Área Resonancia Magnética
Responsables	De supervisión: Radiólogo Jefe de la unidad De la medición: Tecnólogos Médicos Supervisor
Anexos	No aplica
Referencias bibliográficas	N/A



Gobierno
de Chile

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

PROTOCOLO

Código : SDGADSSA151

Edición : 01

Fecha : 20 Julio 2020

Página : 8 de 15

Vigencia : 2020-2025

**DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA
MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO**

8. Normas y Referencias:

-Introducción Biofísica a la Resonancia Magnética en Neuroimagen. Jaime Gili.

-Diplomado en Resonancia Magnética año 2019, Facultad de Medicina Universidad de Chile.
Módulo 3 equipamiento en Bioseguridad y Medio de contraste.

-http://www.mrisafety.com/SafetyInformation_view.php?editid1=183 (3)

-<http://www.mrisafety.com/ScreeningForm.html> (4)

-http://www.mrisafety.com/SafetyInformation_view.php?editid1=228 (5)

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
PROTOCOLO

Código : SDGADSSA151

Edición : 01

Fecha : 20 Julio 2020

Página :9 de 15

Vigencia :2020-2025

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

9. Anexos: Documentos obligatorios para solicitud de RM

Anexo 1.- Formato de Solicitud de RM

HSC SOLICITUD DE *Resonancia Magnética*

NOMBRE DEL PACIENTE (Nombre + 2 Apellidos)				HOSP		
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	RUT:	AMB		
FECHA:	SERVICIO:	SALA/CAMA:	ANEXO:	URG		
¿EL paciente es portador de marcapasos, prótesis o clips metálicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				GES:		
<small>(Si la Rg. es Si, el paciente deberá traer la información del fabricante del dispositivo)</small>						
DIAGNÓSTICO QUE MOTIVA EL EXAMEN:				PRIORIDAD		
ANTECEDENTES CLÍNICOS Y/O QUIRÚRGICOS RELEVANTES:				INMEDIATA		
				<small>Antes de 8 horas</small>		
				URGENTE		
				<small>Dentro de 24 horas</small>		
¿Tiene estudios de imagen previos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>(si son de otro centro, deberá traerlos)</small>				PRIORITARIA		
				<small>Entre 24 y 72 horas</small>		
				ELECTIVA		
				<small>Indicar día</small>		

EXAMEN SOLICITADO: (marque con una X)

NEURO - CABEZA Y CUELLO	NEURO-EJE	CUERPO
405001 - RM PROTOCOLO STROKE	405005 - RM COLUMNA CERVICAL	405009 - RM TÓRAX
405001 - RM DE CEREBRO	405006 - RM COLUMNA DORSAL	405020 - RM ABDOMEN
405001 - RM DE FOSA POSTERIOR	405007 - RM COLUMNA LUMBAR	405008 - COLANGIORESONANCIA
405001 - RM PROTOCOLO EPILEPSIA	405016 - RM COLUMNA TOTAL (P ₂) <small>Patología/Infección - Desmielinizante - Diseminación</small>	405011 - RM PELVIS (org. Internos)
405001 - RM PROTOCOLO Malformativo	405005 - RM PLEXO BRAQUIAL	405012 - RM ABDOMEN Y PÉLVIS
405002 - RM HIPÓFISIS	405007 - RM PLEXO LUMBAR	405011 - RM ÚTERO
405003 - RM ÓRBITAS	MUSCULO-ESQUELÉTICO	405011 - RM PRÓSTATA
405001 - RM OÍDOS	405027 - RM HOMBRO	405031 - RM MAMA (BILATERAL)
405001 - RM MAXILOFACIAL	405009 - A/E. Extremidad superior IZQ	405019 - ANGIO RM TÓRAX
405004 - RM ATM	405026 - RM CODO	405020 - ANGIO RM ABDOMEN
405005 - RM CUELLO	405025 - RM ANTEBRAZO/ BRAZO IZQ	405021 - ANGIO RM PÉLVIS
405017 - ANGIO RM CEREBRO	405024 - RM MANO/JUÑQUICA IZQ	405022 - ANGIO RM EESS
405018 - ANGIO RM CUELLO	405011 - RM PELVIS ósea IZQ	405023 - ANGIO RM ETB
ESPECIALES CEREBRO	405011 - RM ART. SACRO - HIACAS	OTRAS SECUENCIAS COMPLEMENTARIAS:
405001 - PERFUSIÓN T1/T2*	405030 - RM CADERA IZQ	
405001 - PERFUSIÓN ASE	405028 - RM MUSLO IZQ	
405001 - ESPECTROSCOPÍA	405013 - RM RODILLA IZQ	
405001 - ESTUDIO DE FLUJO LCR	405029 - RM PIERNA IZQ	
405001 - TRACTOGRAFÍA	405028 - RM TOBILLO IZQ	
405001 - PARED DE VASO	405028 - RM PIE/ANTEPÉ IZQ	

CONTRASTE EV. SI NO ANESTESIA SI NO AISLAMIENTO SI NO

MÉDICO SOLICITANTE: _____ N° contacto: _____

FIRMA: _____



Por el beneficio del paciente, LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS Y/O ILEGIBLES SERÁN DEVUELTAS.

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
PROTOCOLO

Código : SDGADSSA151

Edición : 01

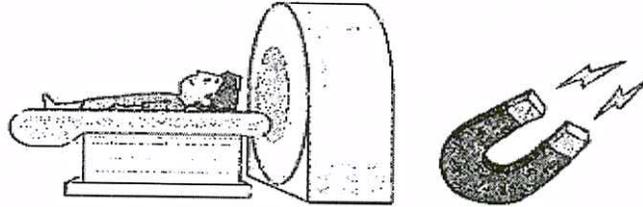
Fecha : 20 Julio 2020

Página :10 de 15

Vigencia :2020-2025

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

Anexo2: Encuesta de Seguridad relacionada al campo magnético en RM



ANEXO.

ENCUESTA DE SEGURIDAD RELACIONADA AL CAMPO MAGNETICO EN RM

La completación de esta encuesta será de responsabilidad del médico tratante en conjunto con su paciente (o su representante). Posteriormente será revisada por el personal de la Sub-Unidad de Resonancia Magnética.

Nombre:
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Peso (kilos):

Conteste brevemente las siguientes preguntas:

1.- ¿Se ha sometido alguna vez a alguna cirugía o procedimiento de salud de cualquier tipo? No Si

Si respondió afirmativamente, Indique la fecha y que tipo de cirugía:

Fecha / / Tipo de cirugía

Fecha / / Tipo de cirugía

2.- ¿Se ha hecho una Resonancia Magnética en su vida? No Si

3.- ¿Tuvo algún problema tras realizarse alguna Resonancia Magnética? No Si
Si la respuesta fue SI, Describa:

4.- ¿Ha recibido lesiones por bala, metralla, perdigones u otros objetos metálicos? No Si
Si la respuesta fue SI, Describa:

5.- ¿Ha sufrido alguna vez una lesión ocular causada por introducción de un objeto metálico? (por ej esquirlas, virutas, cuerpos extraños metálicos etc)? No Si
Si la respuesta fue SI, Describa:

6.- ¿Sufre de claustrofobia? No Si

7.- ¿Sufre de algún problema respiratorio o trastorno del movimiento? No Si
Si la respuesta fue SI, Describa:

Solo para de sexo femenino

a.- ¿Está o pudiera estar embarazada? No Si Fecha última regla (FUR):

b.- En el caso de estar embarazada, cual sería la edad gestacional?

c.- ¿Está amamantando en la actualidad? No Si

d.- ¿Está tomando contraceptivos orales o recibiendo tratamiento hormonal? No Si

e.- ¿Está tomando algún tipo de medicamento para la fertilidad ó recibiendo tratamientos de fertilidad? No Si

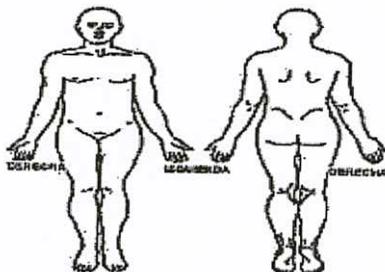
Si la respuesta fue SI, Describa:

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

Por favor indique si tiene alguno de los siguientes:

- Sí No Pinza(s) o Clips de aneurisma
- Sí No Grapas quirúrgicas, clips, ó suturas metálicas
- Sí No Malla metálica (stent), filtro, ó anillo metálico
- Sí No Implante coclear, otológico, u otro implante del oído
- Sí No Audifono (Quíteselo antes de entrar a la sala del escáner de MR)
- Sí No Catéter y/u orificio de acceso vascular
- Sí No Marcapasos cardíaco
- Sí No Dentaduras ó placas parciales
- Sí No Tatuaje ó maquillaje permanente
- Sí No Perforación (piercing) del cuerpo
- Sí No Cualquier tipo de prótesis (ojo, peneana, etc.)
- Sí No Prótesis de válvula cardíaca
- Sí No Implante con desfibrilador para conversión cardíaca (ICD)
- Sí No Bomba o dispositivo de infusión de medicamentos (insulina, baclofen, quimioterapia, analgesia)
- Sí No Aparatos de fijación espinal.
- Sí No Cualquier dispositivo óseo instalado (Placas, tornillos, Tutoros, clavo, alambre, chapas, etc.)
- Sí No Electrodo(s) ó alambres internos
- Sí No Estimulador de crecimiento/fusión del hueso
- Sí No Prótesis articulares (cadera, rodilla, etc.)
- Sí No Extremidad artificial ó prótesis
- Sí No Implante electrónico ó dispositivo electrónico
- Sí No Sistema de neuroestimulación
- Sí No Estimulador de la médula espinal
- Sí No Muelle ó alambre del párpado
- Sí No Shunt (espinal ó intraventricular)
- Sí No Semillas ó implantes de radiación
- Sí No Catéter de Swan-Ganz ó de termodilución
- Sí No Parche de medicamentos (Nicotina, Nitroglicerina)
- Sí No Aumentador de tejidos (e.g. pecho)
- Sí No Dispositivo intrauterino (IUD), diafragma, ó pesario
- Sí No Otro implante _____

Por favor marque en la imagen de abajo la localización de cualquier implante o metal en su cuerpo.



⚠ ¡AVISO IMPORTANTE!

Antes de entrar a la zona de MR ó a la sala del escáner de MR, tendrá que quitarse todo objeto metálico incluyendo audifono, dentaduras, placas parciales, llaves, beeper, teléfono celular, lentes, horquillas de pelo, pasadores, todas las joyas (incluyendo "body piercing"), reloj, alfileres, sujetapapeles, clip de billetes, tarjetas de crédito ó de banco, toda tarjeta con banda magnética, monedas, plumas, cuchillos, corta uñas, herramientas, ropa con enganches de metal, y ropa con hilos metálicos.

Por favor consulte con el Técnico de MRI ó Radiólogo si tiene alguna pregunta o duda ANTES de entrar a la sala de escáner de MR.

Declaro que la información que antecede es correcta y verídica. He leído y comprendido todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad para hacer preguntas con relación a la información incluida en el mismo.

Firma de la persona que llenó este cuestionario: _____ Fecha ____/____/____
 Cuestionario llenado por: Paciente Pariente Médico _____
 Nombre en letra de texto

Información revisada por: _____

(Sólo llenado por Personal de RM) Nombre en letra de texto Firma
 Tecn. Médico de RM TENS de RM Enfermera Radiólogo Otro

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
PROTOCOLO

Código : SDGADSSA151

Edición : 01

Fecha : 20 Julio 2020

Página :12 de 15

Vigencia :2020-2025

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

Anexo 3.- Encuesta de Seguridad relacionada al medio de contraste endovenoso.



ENCUESTA DE SEGURIDAD PARA EL USO DE MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO EN RM

La completación de esta encuesta será de responsabilidad del médico tratante en conjunto con su paciente (o su representante). Posteriormente será revisada por el personal de la Sub-Unidad de Resonancia Magnética.

Nombre:
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Peso(kilos):

Conteste brevemente las siguientes preguntas:

- 1.-¿Usted se encuentra en diálisis en la actualidad?No Sí
- 2.-¿Usted ha tenido que someterse a diálisis alguna vez?.....No Sí
- 3.-¿ A usted le han trasplantado o donado un riñón?.....No Sí
- 4.-¿Usted es monorreno (que sólo tenga un riñón)?.....No Sí
- 5.-¿Usted ha tenido alguna cirugía renal previa?.....No Sí
- 6.-¿Usted tiene antecedente de cáncer renal?.....No Sí
- 7.-¿Usted tiene antecedentes de algún tipo de nefropatía o insuficiencia renal?.....No Sí

8.- SÓLO si alguna de las preguntas anteriores tuvo respuesta "SÍ", el médico tratante le debe solicitar la creatinina plasmática.

El personal de RM debe registrar y adjuntar en este formato su resultado y calcular la Velocidad de Filtración Glomerular(VFG).

Creatinina Plasmática: _____ (mg/dL)

VFG en ADULTOS(≥ 18 años): _____ (ml/min/1.73 m2)

VFG PEDIÁTRICOS/ADOLESCENTES(< 18 años): _____ (ml/min/1.73 m2)

9.- ¿Ha presentado alguna vez un episodio grave de reacción alérgica a algún medio de contraste, comida o medicamento, que haya requerido tratamiento en algún sistema de salud?..... No Sí
Describa qué y cuando ocurrió:

Declaro que la información que antecede es correcta y verídica. He leído y comprendido todo el contenido de este formulario y he tenido la oportunidad para hacer preguntas con relación a la información incluida en el mismo.

Firma de la persona que llenó este cuestionario: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Cuestionario llenado por: Paciente Pariente Médico _____
Nombre en letra de texto

Sólo llenado por el Personal de RM

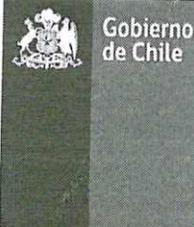
Información revisada por: _____ Firma

Tecn. Médico de RM TENS de RM Enfermero(a) Otro _____

DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

Anexo 4: Consentimiento informado

		SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA HOSPITAL SAN CAMILO, SAN FELIPE SERVICIO: _____			
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA					
DATOS DEL PACIENTE					
Primer Nombre y apellidos del paciente		N° RUT / Pasaporte	N° Ficha		
DATOS DEL / LA REPRESENTANTE LEGAL					
Primer Nombre y apellidos del responsable o representante legal		Cédula de Identidad			
PROFESIONAL QUE EFCTUA EL CONSENTIMIENTO					
Nombre y apellido del médico que solicita		Cédula de Identidad			
Una vez que se estime que no haya contraindicaciones, se procederá al examen. Este consiste en: <ul style="list-style-type: none"> o Se le solicitará que se acueste en la camilla del equipo, en la posición adecuada según el estudio a realizar. Posteriormente se le ubicará dentro del equipo de Resonancia Magnética(en forma de "dona"). o La duración del examen oscila, en general, entre 20 minutos a 1 hora, pudiendo extenderse de acuerdo al escenario clínico. o Notará ruidos intermitentes generados por el equipo de RM (le facilitaremos protectores auditivos). o Se le vigilará constantemente por videocamaras desde la sala de control del equipo, desde donde podemos verle, oírle y hablar con usted en caso necesario. o Es muy importante que permanezca quieto durante el estudio, de lo contrario, el examen no se puede realizar. o Le facilitaremos un dispositivo de alarma que usted podrá presionar si se encuentra mal o si no le es posible continuar con la exploración. 					
2.-Sobre la autorización del Uso de Medio de Contraste basado en Gadolinio					
Su examen puede requerir la administración de un medio de contraste endovenoso basado en Gadolinio, para fines diagnósticos, de acuerdo a su propia enfermedad y/o a la indicación de su médico solicitante. Para esto, se requerirá una vía venosa y la inyección durante el procedimiento.					
Este tipo de medio de contraste es muy seguro y rara vez podría presentar efectos adversos, que de existir, la mayoría son leves (urticaria, eritema, mareos, náuseas/vómitos, dolor en el sitio de inyección) y autolimitados(más del 90% desaparecen dentro de 1 hr tras la inyección). La frecuencia de reacciones de tipo alérgico son de 0,15%, con 0,13% del tipo leve y 0,006% de tipo severa.					
<ul style="list-style-type: none"> o <u>Daño renal (velocidad de filtración glomerular \leq 30 ml/min/1.73 m²) y/o Pacientes en diálisis</u> determina un mayor riesgo de sufrir posteriormente "Fibrosis Nefrogénica Sistémica"(enfermedad de curso crónico y potencialmente fatal, caracterizado por lesiones cutáneas y de distintos órganos). o <u>Que haya presentado alguna reacción alérgica moderada/severa previa</u> a algún medio de contraste, alimento o medicamento, y que haya requerido manejo médico a determina un mayor riesgo de presentar una nueva reacción alérgica severa. 					
CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DEL PACIENTE O REPRESENTANTE					
Yo, anteriormente identificado, declaro mediante mi firma, que he recibido de parte de mi profesional de salud tratante, toda la información sobre los objetivos, sus características, potenciales riesgos y beneficios para la condición de salud que presento (o presenta la persona bajo mi tuición), respecto del examen de Resonancia Magnética y al eventual uso de Medio de contraste basado en Gadolinio. Me han aclarado todas las dudas así como las posibles alternativas.					
Además, me han explicado que puedo anular este consentimiento antes de que se realice la intervención o el procedimiento, y que en caso de no aceptar, puedo continuar recibiendo atención médica en este hospital					
Mi decisión tomada libremente y conscientemente es: (marque con una X su elección)					
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">SI _____</td> <td style="padding: 5px;">NO _____</td> </tr> </table>		SI _____	NO _____	Doy mi consentimiento para que se efectúe el procedimiento descrito arriba	
SI _____	NO _____				
Fecha obtención del consentimiento: _____		Firma Paciente/Representante _____			
En caso de haber consentido con anterioridad y ahora cambiar su decisión, registre la fecha y su firma					
Revoco mi consentimiento con fecha: _____		Firma _____			



DERIVACION DE PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL A PROCEDIMIENTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN HOSPITAL SAN CAMILO

11. Distribución

Subdirección de Gestión Asistencial, Dirección Servicio de Salud.

- Depto. Gestión Hospitalaria.
- Depto. Gestión en Red CC.: Calidad y Seguridad del Paciente
- Depto. Salud Mental

Hospital San Camilo de San Felipe

- Dirección.
- Calidad y Seguridad del Paciente
- Subdirección Médica.
- Depto. Atención al Usuario
- Servicio de Imagenología

Hospital San Juan de Dios de Los Andes

- Dirección.
- Calidad y Seguridad del Paciente
- Subdirección Médica.
- SOME
- Servicio de Imagenología

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel

- Dirección.
- Calidad y Seguridad del Paciente
- Subdirección Médica.
- SOME

COSAM San Felipe

- Dirección. CC.: Calidad y Seguridad del Paciente
- Subdirección Médica.
- SOME

COSAM Los Andes

- Dirección. CC.: Calidad y Seguridad del Paciente
- Subdirección Médica.
- SOME