



Subsecretaría de Redes Asistenciales  
División de Atención Primaria  
Unidad de Salud Respiratoria

Nº 67662

**CONSENTIMIENTO INFORMADO “Pesquisa de Fibrosis Quística en Recién Nacidos”**

Estimada(o),

La invitamos a usted a que su recién nacido(a) participe en un estudio que pretende identificar una enfermedad que se llama Fibrosis Quística, antes de que se manifiesten los síntomas, y recibir sus tratamientos lo antes posible. Es importante realizarlo en este momento ya que si se diagnostican antes de los 4 meses de vida, tienen mejor pronóstico y mayor sobrevida.

El examen se realizará con la misma muestra de sangre que se toma a todos los recién nacidos(as) para detección de Fenilquetonuria e Hipotiroidismo, y que se envía al laboratorio de pesquisa neonatal del Hospital San Juan de Dios. Se mide una sustancia que se llama Tripsinógeno Inmuno-Reactivo, que esta aumentada en recién nacidos(as) que pudieran tener Fibrosis Quística. Si el nivel de Tripsinogeno esta aumentado, en la misma muestra (NO es necesario otra muestra de sangre) se realiza medición de otra sustancia llamada proteína asociada a pancreatitis que si esta esta aumentado, será referido a un especialista para certificar el diagnóstico con la realización del Test del Sudor.

Este estudio permitirá reunir información para implementar un programa de pesquisa neonatal para todo Chile. Su participación es completamente voluntaria y sin costo. Usted puede negarse a participar o retirar su consentimiento en cualquier momento. La negativa a participar o su retiro del estudio no altera la atención de salud que requiera su recién nacido(a). Usted no recibirá compensación económica por su participación.

Los datos recolectados serán conocidos solo por el equipo que atiende a su recién nacido(a) y por los investigadores de la Unidad Respiratoria del Ministerio de Salud, quienes le entregaran la información de su recién nacido(a) a usted. Es posible que se realicen presentaciones o publicaciones de los resultados, pero en ningún caso la identidad suya o la de su recién nacido(a) será dada a conocer. Si tiene alguna duda sobre su participación en este estudio, puede contactar a: Investigadores responsables: Dra. María Lina Boza Fono: 98211566 o Dra. Rebeca Paiva Fono: 74530965 Unidad de Salud Respiratoria. Ministerio de Salud

He leído la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado “Proyecto piloto de pesquisa de Fibrosis Quística en recién nacidos”

Nombre completo de quien autoriza: \_\_\_\_\_

Parentesco con el (la) recién nacido(a): \_\_\_\_\_

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre persona que toma Consentimiento Informado: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Establecimiento : \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Cód.:001-0250

## HOJA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

Servicio Clínico: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

RIESGO	PJE STANDAR	Fecha	Fecha	Fecha
Paciente confuso o agitado	4			
Alteraciones sensoriales (audición o visión disminuida)	4			
Alteración del equilibrio	4			
Uso de medicamentos de riesgos (opiáceos, antidepresivos, sedantes, tranquilizantes, hipotensores y diuréticos)	3			
Movilidad (uso de bastón o burrito, restringida)	3			
Caminata (con temblor, inestable, dificultad en transferencias)	3			
Metrorragia y/o anemia severa	3			
Efecto de anestesia menor de 12 horas o trastorno hidroelectrolítico	3			
Historias de caídas previas	2			
Falla de infraestructura (timbre, luz, cama, barandas, barras de apoyo, antideslizante)	1			
<b>Puntaje Total</b>	<b>30</b>			

PUNTAJE	RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR (Marque de acuerdo a plan de atención)
0 a 3 Ptos	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama Frenada</li> <li>• Baranda nocturna</li> <li>• Cama altura a la rodilla</li> <li>• Timbre a mano</li> </ul>
4 a 7 Ptos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama Frenada</li> <li>• Baranda en alto las 24 horas</li> <li>• Cama altura a la rodilla</li> <li>• Timbre a mano</li> </ul>
8 Ptos. y mas	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama Frenada</li> <li>• Baranda en alto las 24 horas</li> <li>• Cama altura a la rodilla</li> <li>• Timbre a mano</li> <li>• Contención según condición del paciente.</li> </ul>

Toma conocimiento familiar responsable: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_