**Fecha de diligenciamiento: No. De Historia Clínica: Servicio GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA**

**NOMBRE:**

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 y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos 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.

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

Pacientes que requieren la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico del tracto digestivo bajo, incluye: Colonoscopia total – Colonoscopia para devolvulación – Colonoscopia de descompresión – Colonoscopia más control de hemorragia – Colonoscopia más extracción de cuerpo extraño – Colonoscopia mas polipectomía (resección de lesiones en colon) – Colonoscopia más marcación de lesiones en pared de colon – Colonoscopia mas colocación de dispositivo en colon - Rectosigmoidoscopia – Ligadura Endoscópica de Hemorroides.

**DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR**

Introducción a través del ano de un equipo flexible, con una cámara y lentes en su punta que nos permite ver en un monitor (pantalla) las diferentes partes del tracto digestivo inferior (íleon terminal, ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon sigmoides, recto y ano)) y realizar toma de biopsias y demás procedimientos necesarios.

Se me ha explicado y entiendo que no es posible garantizar resultado alguno pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Hemorragia (sangrado), Hematoma submucoso**,** Perforación o lesión en mucosa de colon, Laceración de la mucosa durante el retiro del equipo o retiro de cuerpos extraños, Trombosis y/o absceso perianal por ligadura de hemorroides internas, Estenosis canal anal por ligadura de hemorroides internas, Infiltración o disección por aire de la pared del colon (Neumatosis intestinal), Flebitis en sitio de venopunción, Broncoaspiración, Depresión respiratoria, Depresión miocárdica, Evento coronario, Reacción alérgica a medicamentos, Cirugía Abierta

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**: **Atraso en el diagnóstico y tratamiento de lesiones en tracto digestivo inferior**

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**1.**

**2.**

**3**

**BENEFICIOS:**  Mejorar la condición de salud del paciente

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

1. Cirugía abierta de acuerdo al caso y condición del paciente
2. En casos en que se requiera diagnóstico de lesiones en colon se puede considerar la realización de colonoscopia virtual (por tomografía con reconstrucción tridimensional) o estudio de colon por enema con doble medio de contraste.

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? 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 \_COLONOSCOPIA TOTAL DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA\_ 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/PARENTESCO** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO ESPECIALISTA** |  |  |  |

**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 \_ COLONOSCOPIA TOTAL DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA ­- 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**  |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL QUE REALIZA 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 \_ COLONOSCOPIA TOTAL DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA \_ 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**  |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL QUE REALIZA 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** |  |  |  |

# RECOMENDACIONES PARA CUIDADO DESPUES DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

Recuerde que, si su procedimiento fue realizado bajo sedación, un adulto responsable debe acompañarlo hasta su domicilio.

* **DIETA**

Tras el procedimiento puede reiniciar su dieta habitual, evitando el consumo de verduras, lácteos, chocolate y bebidas con gas.

* **SI RECIBIÓ SEDACIÓN**

No debe conducir **NIGÚN TIPO DE VEHICULO**, ni realizar actividades que impliquen manejar maquinarias que puedan generar riesgos para su integridad física o la de otras personas.

* **SI RECIBIÓ ANESTESICO TOPICO**

Si se le administró anestésico tópico (Lidocaína en spray), no ingiera ningún tipo de alimento o bebida muy caliente o muy fría en las siguientes 2 horas a la terminación del procedimiento, tiempo que se requiere para que el mecanismo de deglución funcione perfectamente y se recupere la sensibilidad habitual.

* **DOLOR**:

Posterior al procedimiento puede tener la sensación de distensión abdominal y gases, molestias que se resolverán progresivamente en las siguientes horas; caminar unos minutos y luego acostarse boca abajo puede ser útil para ayudar a expulsar los gases. De persistir estas molestias, consulte al servicio de urgencias.

* **BIOPSIA**

Si tomaron biopsias durante su procedimiento, reclame el reporte con el personal de experiencia al usuario 20 DIAS después del examen, de lunes a viernes de 8am a 12pm y de 2pm a 4pm. Cuando tenga el reporte de la patología debe anexarlo al informe de la endoscopia o la colonoscopia.

Por favor no olvide visitar a su médico con el resultado de su procedimiento y el informe de

Patología (BIOPSIA) si le fue tomada.

* **CONSULTE AL SERVICIO DE URGENCIAS** si presenta algunos de los siguientes síntomas:
	+ Dolor torácico o abdominal intenso, progresivo o que no mejora.
	+ Vómito con sangre.
	+ Sangre en las deposiciones.
	+ Deposiciones oscuras (NEGRAS).
	+ Fiebre.
	+ Enrojecimiento, dolor a la presión e induración en el sitio de punción venosa.