**Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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**

Este consentimiento aplica para la realización de toma de muestras ya sea por la técnica de venopunción, toma de muestras ginecológicas y rectales.

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

 **VENOPUNCION:** La venopunción es el proceso de colocar una aguja en la vena, esto se realiza con el fin de obtener muestras de sangre, que son necesarias para el diagnóstico y control de las enfermedades.

 **TOMA DE MUESTRA GINECOLOGICA**: Procedimiento mediante el cual se obtiene muestras de flujo vaginal a través del canal vaginal, con ayuda de un espéculo y un hisopo de algodón, este con el fin de diagnosticar infecciones vaginales.

 **TOMA DE MUESTRAS HISOPADO RECTAL**: Procedimiento mediante el cual se obtiene muestras de la zona del recto, con un hisopo de algodón.

 **TOMA DE MUESTRA DE SECRECION URETRAL:** Procedimiento, mediante el cual se obtiene muestra de secreción uretral, se introduce suavemente un aplicador (hisopo) de algodón de aproximadamente tres cuartos de pulgada (2 centímetros) dentro de la uretra y se gira. Este procedimiento, se realiza con el fin de diagnósticar infecciones uretrales.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

 **VENOPUNCION:** Dolor en el lugar de la punción ( brazo), inflamación de la vena, hematoma el cual desaparece en aproximadamente 2 semanas, picazón similar a la que produce la picadura de un mosquito. En alguna ocasión será necesario realizar más de una punción, debido al tipo de examen, al facil acceso venoso o a la condición de salud del paciente.

 **TOMA DE MUESTRA GINECOLOGICA**: Durante el procedimiento puede aparecer molestia, un poco de dolor, ardor, picazón en el momento de la introducción del espéculo y/o el hisopo. Después de la toma es posible que se genere un pequeño sangrado, por una posible lesión ocasionada por el espéculo. Puede presentarse dolor y ardor en el área genital o en el abdomen bajo por varias horas y hasta por dos dias. En caso de ser menor de edad y/o no haber tenido relaciones sexuales el examen se realizará sin espéculo y con la presencia del acudiente.

 **TOMA DE MUESTRAS HISOPADO RECTAL**: Puede haber presión a medida que se inserta el aplicador (hisopo) en el recto, pero el examen generalmente no produce dolor. No existen riesgos asociados.

 **TOMA DE MUESTRA DE SECRECION URETRAL:** Puede haber presión a medida que se inserta el aplicador (hisopo) por la uretra, pero el examen generalmente no produce dolor. No existen riesgos asociados.

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

**1.** No recibir un tratamiento a tiempo, que mantenga su estado de salud estable sin complicaciones

**2.** No se podrá prevenir el contagio a otras personas.

**3.** No realizar seguimiento a su enfermedad.

**4.** No realizar el control oportuno a su tratamiento.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

**BENEFICIOS**

**1.** Diagnosticar a tiempo la enfermedad, para realizar un tratamiento y/o manejo oportuno.

**2.** Realizar seguimiento a su enfermedad actual y así conocer su estado de salud.

**3.** Guiar el mejor tratamiento para su enfermedad.

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

No existe alternativa, ya que este no corresponde a un tratamiento, sino a una prueba diagnóstica, que ayudará a guiar el tratamiento adecuado.

**¿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 toma de muestras: 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** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**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 toma de muestras, 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 toma de muestras, 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 POST PROCEDIMIENTO**

En caso de presentarse un hematoma luego de la venopunción, se sugiere no levantar objetos pesados con ese brazo, aplicarse compresas con hielo en las primeras 24 horas, compresas tibias cada 20 minutos las primeras 48 horas luego del procedimiento. En caso de presentarse hinchazón adicional, pulsaciones y dolor punzante en el brazo, adormecimiento, por favor consulte con su médico.