**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.

**DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO COLPOSCOPIA - BIOPSIA**

La colposcopia es una forma especial de examinar el cuello uterino. Se utiliza luz y un microscopio de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. Esto le ayuda al examinador a encontrar y hacer biopsias a las áreas anormales del cuello uterino. La colposcopia también se puede hacer cuando el profesional observa zonas anormales en el cuello uterino durante un examen pélvico. Estas pueden incluir: cualquier crecimiento anormal sobre el cuello uterino o en otra parte en la vagina, verrugas genitales o VPH, Irritación o inflamación del cuello uterino (cervicitis).La colposcopia se puede emplear para hacerle un seguimiento al VPH y buscar cambios anormales que pueden reaparecer después del tratamiento.

Forma en que se realiza el examen: usted se ubicará en camilla y colocará los pies en los estribos, para posicionar su pelvis para el examen. El profesional de atención, colocará un instrumento (llamado espéculo) dentro de la vagina, para observar el cuello uterino más claramente. El cuello uterino y la vagina se limpian suavemente con una solución de ácido acético o yodo. Esto remueve el moco que recubre la superficie y resalta zonas anormales. El profesional colocará el colposcopio en la abertura de la vagina y examinará la zona. Si algunas zonas lucen anormales, se extraerá una muestra pequeña de tejido usando pequeñas herramientas para biopsia. Se pueden tomar muchas muestras. Algunas veces, se retira una muestra de tejido del interior del cuello uterino, lo cual se denomina legrado endocervical (LEC). El procedimiento puede suspenderse durante la realización. En un plazo no mayor a 10-15 días, podrá reclamar el resultado de la biopsia en caso de ser tomado, el cual debe ser revisado posteriormente por el especialista profesional de salud quien de acuerdo al resultado le indicará las conductas a seguir según su caso particular, así como controles en búsqueda de nuevas alteraciones que sugieran nuevamente realizar el procedimiento.

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

Los riesgos del procedimiento son pocos. Se pueden presentar algunas molestias durante la toma de la muestra como dolor tipo cólico; adicionalmente posterior a la realización de la misma se puede presentar un ligero sangrado, síntomas que ceden el mismo día máximo dos días después del examen y que más que relacionados con el procedimiento pueden estar asociados con la presencia de procesos infecciosos e inflamatorios del cuello uterino. En caso de estar en embarazo no hay ningún riesgo.

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

La colposcopia cervicovaginal ayuda a identificar alteraciones mayores del cérvix, las cuales puedan estar asociadas con el cáncer de cuello uterino, de manera que no realizarla puede llevar a la no detección oportuna de dichas lesiones, teniendo como consecuencia la progresión de las lesiones a cáncer, el retraso en el diagnóstico, el no inicio de un tratamiento adecuado, complicaciones (extensión de cáncer a otros órganos) e incluso la muerte

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BENEFICIOS**

**1.** La detección oportuna de lesiones precancerosas para el inicio de un seguimiento y tratamiento que permita evitar la progresión a un cáncer.

**2.** Detección oportuna de cáncer de cuello uterino en etapas iniciales para el inicio de tratamiento que evite las complicaciones asociadas como la extensión a otros órganos e incluso la muerte.

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

No existe alternativa

**¿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 COLPOSCOPIA - BIOPSIA 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** |  |  |  |
| **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 COLPOSCOPIA - BIOPSIA 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**  |  |  |  |
| **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 COLPOSCOPIA - BIOPSIA 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 dolor administrar analgésico recomendado por el profesional según condiciones particulares.

En caso de presentar dolor pélvico intenso o sangrado vaginal abundante acudir a servicio de urgencias

En un plazo no mayor a 10-15 días, podrá reclamar el resultado, el cual debe ser revisado posteriormente por un especialista profesional de salud quien de acuerdo al resultado le indicará las conductas a seguir según su caso particular, así como controles en búsqueda de nuevas alteraciones que sugieran nuevamente realizar el procedimiento.