

Definición de Consentimiento Informado: Es la autorización que el paciente (o su representante) confiere al profesional de la salud para la realización de procedimiento en **Clínica Las Américas y sus sedes integradas en red**, previa información oportuna, clara y precisa de lo que se le va a realizar, sus objetivos, alternativas y riesgos. (Es responsabilidad del profesional de salud el correcto diligenciamiento del consentimiento).

Fecha _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____ Edad: _____

Cédula de ciudadanía (), Cédula de extranjería (), Pasaporte (), Tarjeta de identidad (), Registro Civil () otro ()
cual _____

N°. _____

Diagnostico o impresión diagnóstica: _____

Procedimientos de enfermería:

Canalización Vena Periférica y toma de muestras de laboratorio
Paso y retiro de sonda vesical o Nasogástrica-oro-gástrica
Curaciones
Administración de hemoderivados (transfusiones de sangre)
Administración de medicamentos
Retiro de puntos
Retiro de dren, Retiro de sonda a tórax
Retiro de catéter central y PICC
Decanulación
Canalización y retiro de aguja de catéter implantable
Baño asistido
Aspiración de secreciones traqueales
Administración de enemas

➤ **Descripción del Procedimiento propuesto:**

- **Cateterismo Venoso Periférico:** Procedimiento a través del cual con toda la técnica aséptica se punciona un conducto venoso con un catéter especial ya sea para tomar una muestra de sangre o para dejar instalado un catéter venoso temporalmente.
- **Paso de sonda vesical Nasogástrica y/o oro-gástrica:** Maniobra de introducción de una sonda flexible en una cavidad del organismo (nariz, boca, meato urinario) con finalidad terapéutica si se deja instalada o diagnóstica si es para toma de muestra.
- **Curaciones:** Procedimiento realizado sobre una herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización.
- **Administrador de medicamentos:** procedimiento mediante el cual se introducen al organismo del paciente tratamiento farmacológico ordenado por su médico tratante con fines terapéuticos a través de diferentes vías: oral (oral, venoso, tópico, inhalado, rectal)
- **Acceso arterial:** procedimiento mediante el cual se punciona un vaso arterial se realiza con fines diagnósticos en algunos casos se puede dejar instalado el catéter o retirar inmediatamente se obtenga la muestra.
- **Retiro de puntos:** consiste en retirar los hilos o las grapas de las heridas, luego que haya transcurrido el tiempo indicado para hacerlo.
- **Retiro de dren Sonda a tórax, Catéter Central y/o PICC:** Extracción mediante técnica aséptica y por personal capacitado de catéter o dren en caso de tenerlos.
- **Decanulación:** Procedimiento en el cual se retiran de su cuerpo las difentes cánulas que tenga según sea su caso, cánula de traqueostomía o si se le realizó algún procedimiento de cardiología o intervencionismo, el introductor a través del cual le realizaron el procedimiento.

- **Canalización y retiro de aguja de catéter implantable:** Inserción de dispositivo que se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre. Un extremo del dispositivo se coloca debajo de la piel, por lo general en el pecho, y se conecta con un catéter (tubo delgado y flexible) que se introduce hasta la vena cava superior (vena grande en el lado superior derecho del corazón).
 - **Baño asistido:** cuidado de enfermería dirigido a mantener limpios la piel, el cabello, los dientes, las uñas y las mucosas del paciente que se encuentra en cama o requiere asistencia para estas actividades, garantizando su seguridad.
 - **Aspiración de secreciones traqueales:** Es la extracción de secreciones a través de nariz, boca o de una vía aérea artificial usando técnica aséptica
 - **Administración de enemas:** Introducción de una solución mediante una cánula, en el interior del recto, a través del ano, buscando una finalidad terapéutica.
- **Beneficios del procedimiento que se está proponiendo:** Facilitar el diagnóstico, y tratamiento médico ordenado.
- **Posibles alternativas de manejo:** No aplica
- **Posibles limitaciones o molestias del proceso de recuperación:** Dolor, inflamación, molestias en garganta en caso de sondas orogástrica,
- **Cateterismo Venoso Periférico y /o Central:** Dolor y dificultad para la movilidad de la extremidad puncionada, hematoma.
- **Posibles complicaciones y riesgos con mayor probabilidad estadística de ocurrencia:**
- **Catéter venoso periférico, Canalización y retiro de aguja de catéter implantable:** Flebitis, infiltración, extravasación, infección localizada y sistémica.
 - **Paso de sonda vesical Nasogástrica y/o orogástrica:** Erosiones nasales, movilización de la sonda, perforación del esófago, aspiración pulmonar, colapso pulmonar
 - **Curaciones:** Infección, necrosis (muerte de tejido corporal), dehiscencia (separación de herida) de la sutura,
 - **Administrador de medicamentos:** infección y extravasación (escape de medicamento hacia el tejido)
 - **Acceso arterial:** Infección, hematoma.
 - **Retiro de puntos, dren Sonda a tórax, Catéter Central y/o PICC:** Infección local y en casos más graves generalizada.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, _____ identificado con Cédula de ciudadanía () Cédula de Extranjería () Pasaporte (), Tarjeta de identidad (), Registro Civil () otro () N°. _____, certifico que he sido informado suficientemente sobre el procedimiento o intervención al que voy a ser sometido; conozco sus beneficios, riesgos y complicaciones; las explicaciones dadas por el profesional de salud han sido suficientemente claras y los términos científicos y técnicos me han sido explicados de tal manera que los he comprendido a cabalidad. Por lo tanto, acepto el procedimiento o intervención propuestos con sus riesgos inherentes de mayor ocurrencia y autorizo a Clínica Las Américas, sus sedes integradas en red y al profesional que lo va a realizar para que bajo su responsabilidad lo lleve a cabo y designe a los demás profesionales de la salud cuya participación sea necesaria. Asimismo, autorizo los procedimientos adicionales que puedan requerirse en el momento de su ejecución, para el manejo de complicaciones o hallazgos inesperados que llegaran a presentarse. También puedo retirar este consentimiento cuando lo estime oportuno.

Firma del paciente

Huella

Nota: La huella es indispensable en los casos en el que el paciente no sepa escribir, los menores de edad entre 14 y 18 años deben firmar el consentimiento en firma del paciente y se debe soportar con la firma del representante legal, familiar y/o allegado en el siguiente ítem de consentimiento informado diferido.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERIDO

Este espacio debe ser diligenciado por el representante legal, familiar o allegado del usuario cuando este no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva). Dado que el beneficiario del procedimiento es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para ejecutar el procedimiento descrito, el profesional de salud me ha explicado en mi calidad de representante legal familiar o allegado de forma clara, expresa y satisfactoria en que consiste el procedimiento, que es, como se hace para que sirva, igualmente me han explicado los riesgos y complicaciones de mayor ocurrencia que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntario yo _____ con el número de identificación _____ en mi calidad de _____ (parentesco); de _____ (nombre del usuario), doy mi consentimiento para que le realicen los procedimientos descritos. También puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno esto siempre y cuando no se hayan adelantado ya acciones destinadas al logro del objetivo.

Firma del representante legal, familiar y/o allegado:

DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE DILIGENCIA EL CONSENTIMIENTO

Nombres y apellidos

Firma

Sello o registro

RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE (representante legal, familiar o allegado)

Con base en la información anterior, manifiesto que NO ACEPTO el tratamiento médico, procedimiento o intervención propuestos por el profesional de salud tratante. En constancia, firmo aquí.

Nombre

Cédula de ciudadanía (), Cédula de extranjería (), Pasaporte (), Otro () cual: _____
N°. _____

Firma

Huella