

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACION DE PARED ABDOMINAL

**Por favor diligencie este documento con tinta negra, letra clara y sin tachones o enmendaduras.
 Recuerde: El consentimiento informado es un documento legal. Favor imprimir doble cara, hoja única.**

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____ Tipo y número de identificación: _____
 Fecha: _____ Persona en situación de discapacidad Si ___ No ___ Correo electrónico: _____

DECLARO

Que debido a que el Doctor: _____ ha considerado que es conveniente realizar, en mi situación, una **INFILTRACION DE PARED ABDOMINAL**, he autorizado al Dr. (a) _____, con registro médico _____ de Bogotá para practicar dicho procedimiento previo conocimiento de lo siguiente, información que confirmo he recibido al menos 24 horas previas al procedimiento.

Confirmando que previo al procedimiento obtuve la siguiente información:

- La infiltración de pared abdominal es un procedimiento terapéutico para controlar el dolor originado en la pared abdominal luego de que se ha diagnosticado adecuadamente.
- Con el paciente habitualmente en decúbito supino (acostado boca arriba) y, tras la desinfección con alcohol o yodopovidona se procede a inyectar n1 cc de lidocaína al 2% en cada punto de dolor detectado, sin exceder 10 cc por sesión
- Excepcionalmente se pueden presentar complicaciones como sangrado, usualmente escaso y en el sitio de la punción o un ligero eritema o enrojecimiento sobre la zona. La frecuencia de reacciones alérgicas de mayor complejidad o de sangrado que requiera medidas terapéuticas adicionales es informado en la literatura como “raro” o “casi inexistente”. Se me ha explicado que las complicaciones de tipo alérgico no son predecibles a menos que se cuente con antecedentes positivos a ese respecto.
- El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos. Ningún procedimiento terapéutico está absolutamente exento de riesgos; pero de cualquier forma, si ocurriera una complicación se cuenta con los medios necesarios para su manejo y remisión a centros de mayor complejidad en caso de ser necesario.
- Se me ha indicado la preparación recomendada con la anticipación necesaria y se me ha advertido
- Se me ha preguntado específicamente en mis antecedentes si padezco alguna enfermedad de la coagulación de la sangre o consumo medicamentos anticoagulantes como la Warfarina. También he manifestado si durante la aplicación de anestésicos para procedimientos odontológicos he presentado alguna reacción desfavorable.
- Confirmando que se me ha explicado que durante situaciones excepcionales como pandemias, por ejemplo, Covid-19 o Coronavirus, existe un riesgo adicional de infección que inicia desde el contacto social y exposición durante el traslado, permanencia en salas de espera y realización de los procedimientos endoscópicos por la generación de gotas y aerosoles. Se me aclaró que el personal de Emdiagnóstica cuenta con todos los elementos de protección personal para mi atención y que se me suministrarán los elementos necesarios para mi propia seguridad durante el procedimiento a realizar. También se me confirmó que Emdiagnóstica sigue los procedimientos de desinfección y esterilización exigidos. Emdiagnóstica SAS no presta servicios de urgencias. Se me explicó que durante situaciones de pandemia no se realizarán procedimientos para seguimiento de pacientes estables, estudios preventivos o de tamizaje y tampoco se realizará resección de pólipos grandes por aumento de riesgos y requerimiento de camas hospitalarias.**
- Se me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o cualquier otra circunstancia que considere puede afectar la realización del procedimiento o requiera realizar medidas adicionales con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones.

9. Por favor responda el siguiente cuestionario (Marque con una X)

1. Se encuentra anticoagulado?	SI	NO
2- Si se encuentra anticoagulado siguió las recomendaciones médicas para este procedimiento como por ejemplo suspensión o terapia puente?	SI	NO
3- ¿Es mayor de 70 años? y/o ¿Vive en un asilo o lugar de atención para pacientes de la tercera edad?	SI	NO
4- Padece alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.) severa o padece hipertensión arterial inadecuadamente controlada, insuficiencia renal crónica o enfermedades del corazón serias incluyendo infartos, enfermedad valvular o reemplazos valvulares cardiacos y/o tiene un cardio desfibrilador implantado? ¿Tiene marcapasos? ¿Padece alteraciones conocidas serias del sistema inmune?	SI	NO
5 ¿Tiene obesidad, Apnea de sueño o es diabético?	SI	NO
6- ¿Se encuentra en embarazo?	SI	NO
7. ¿Usted o alguien con quien vive, en las últimas 2 semanas, ha tenido fiebre de 38°C o más asociado	SI	NO

a dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, dolor de garganta, reducción o pérdida del olfato o el gusto (¿capacidad de percibir sabores o ha presentado diarrea de reciente aparición?		
8. ¿Usted o alguien con quien vive tiene diagnóstico de infección por Covid 10 o ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con este virus?	SI	NO
9. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto <u>en las últimas 2 semanas</u> , con viajeros provenientes del exterior?	SI	NO

Recibo los siguientes medicamentos

- | | |
|----------|----------|
| 1- _____ | 4- _____ |
| 7- _____ | 5- _____ |
| 2- _____ | 6- _____ |
| 8- _____ | |
| 3- _____ | |

Otros _____
Soy alérgico a los siguientes medicamentos

- | | |
|----------|----------|
| 1- _____ | 2- _____ |
|----------|----------|

Otros _____

He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me permitido aclarar todas las dudas que le he planteado. He leído o me han leído y he comprendido perfectamente lo anterior, todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. También se me explicó que en todo caso, podré revocar o desautorizar la realización de este procedimiento en cualquier momento durante el examen de lo cual quedará registro en mi historia clínica.

Por ello, manifiesto que lo registrado por mí en este documento es cierto, que estoy satisfecho con la información recibida, que comprendo el alcance y los riesgos de este procedimiento y en tales condiciones autorizo las acciones que de acuerdo al criterio del Gastroenterólogo que realiza este examen sean necesarias para mi situación particular y por lo tanto

CONSIENTO (Marcar con una X) SI () NO () Que se me realice, La INFILTRACION DE PARED ABDOMINAL

ESPECIALISTA

FIRMA PACIENTE CC _____ de _____

En caso de ser menor de edad o tratarse de persona en situación de discapacidad este documento deberá ser firmado además del paciente por su tutor o persona de apoyo responsable.

Nombre tutor / apoyo _____ Identificación _____ Parentesco/relación _____

Firma tutor/ Apoyo. _____