

Fecha ___/___/___ Hora: _____ Ciudad: _____ Nombre completo: _____
Tipo y Número de identificación: _____ de _____ Edad: _____ Sexo: _____
Número Telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Tome el tiempo que requiera para tomar su decisión antes de firmar este consentimiento. Recuerde que tiene derecho a hacer preguntas al personal médico sobre el procedimiento y se le recomienda hacerlas antes de aceptarlo.

A. Teniendo en cuenta que el correo electrónico suministrado será utilizado para el envío de información relacionada con la atención médica garantizo que éste es de mi uso y acceso exclusivo. Con relación a lo anterior **SI** ___ **NO** ___ autorizo el uso del correo electrónico para el envío de información relacionada con la atención en salud.

B. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APOYO. *En caso de tratarse de un menor de edad o personas en situación de discapacidad que limite la toma de decisiones este documento deberá ser firmado por el paciente y por su representante legal o apoyo responsable.* Nombre: _____
Número de identificación: _____ Teléfono: _____
Parentesco/Tipo de representación legal: _____

C. PROFESIONAL QUIEN REALIZA EL PROCEDIMIENTO.

Nombre: _____ Registro Médico _____
Sin embargo, cualquiera de los profesionales de EMDIAGNOSTICA SAS podrá participar o realizar mi procedimiento.

D. INDICACIÓN

Este procedimiento fue ordenado por el Dr. _____ en consideración a que en su calidad de médico tratante ha considerado conveniente y pertinente su realización en razón a _____

E-EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a. Objetivos y beneficios

El test de aliento es una prueba sencilla e indolora que permite detectar en el aliento del paciente la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori*, así el médico podrá determinar si el tratamiento antibiótico formulado ha erradicado la bacteria, sin necesidad de realizar una nueva endoscopia de vías digestivas altas.

b. Descripción de la ejecución

El test de aliento es un test muy sencillo y consiste en tomar dos muestras de aliento soplando dentro de una pequeña bolsa. La primera muestra se toma en situación basal y la segunda a los 20 minutos de la anterior. tras haber dado al paciente una pastilla de sustrato: Urea con un marcador. La bacteria tiene la capacidad de descomponer esta sustancia, liberando el marcador que se detecta en el aliento. La muestra se lee en una máquina, indicando si es negativo o positivo para la bacteria.

F. EXPLICACION DE LAS ALTERNATIVAS: Dentro del proceso de información que da lugar a la firma del presente consentimiento me han sido explicadas las alternativas existentes para apoyar el diagnóstico o tratamiento de mi condición clínica que incluye la esofagogastroduodenoscopia diagnóstica. Así mismo, me han explicado las razones por las cuales el TEST DE ALIENTO se considera el más aconsejable, de acuerdo con la indicación del médico tratante.

G. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS

El test de aliento es una prueba con muy poco riesgo para el paciente, se realiza de forma ambulatoria.

H. NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES

Las obligaciones asumidas por el profesional y por la institución son obligaciones de medio y no de resultado. Por lo anterior, tanto el profesional como la institución ponen a su disposición la experiencia, pericia, prudencia y diligencia para ofrecer un servicio seguro y de calidad, pero no se comprometen a obtener un resultado ni a eliminar los riesgos previsibles o imprevisibles que puedan desprenderse del tratamiento, intervención o procedimiento. En esa medida soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente las posibilidades absolutas y relativas de lograr los objetivos indicados, acepto y entiendo que los resultados pueden variar dependiendo de mi condición clínica y que, por tanto, **NO** se pueden garantizar los resultados.

I. NO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA Me ha sido informado que tengo derecho a no dar mi consentimiento para el presente procedimiento, tratamiento o intervención, y que tengo derecho a revocarlo luego de haberlo otorgado para lo cual se diligenciará la sección correspondiente a "Disentimiento informado". En cualquiera de los dos casos tanto el médico o profesional de la salud, como la institución, quedan a disposición del paciente para el momento en el que decida realizar el procedimiento, intervención o tratamiento, contestar las dudas o inquietudes que tenga o valorar alguna de las alternativas.

J- DECLARACIONES

- 1- Declaro que me encuentro en ayuno total igual o superior a 8 horas.
- 2- Informo que en los últimos 30 días NO he consumido ningún **ANTIBIOTICO** en los como Amoxicilina, Ampicilina, Cefalexina y sus derivados
- 3- Informo que en los últimos 30 días NO he consumido ningún **IBP** como Omeprazol, Esomeprazol, Lansoprazol, Rabeprazol, Pantoprazol, Dexlansoprazol
- 4- Informo que **NO** he fumado o ingerido alcohol en las últimas 8 horas.
- 5- Confirmo **NO** estar en estado de embarazo y puedo realizarme el Test de aliento para detección de la bacteria del **HELICOBACTER PILORY**
- 6- Confirmo que al estar en estado de lactancia se me ha informado que debo tener reserva de leche para 3 días, y posterior a la prueba debo de lactar a mi bebe con la reserva que realice y, la leche que genere la extraeré y la desechare y posterior a los 3 días puedo lactar a mi bebe de manera normal.
- 7- Confirmo que **NO** he consumido ningún antiácido en los últimos 15 días como Gasviscon, Pepsamar, Milanta, Ranitidina, etc.
- 8- Declaro que he tenido acceso a la información que se encuentra consignada en el presente documento con anterioridad a la realización del procedimiento, tratamiento o intervención y que he tomado el tiempo suficiente para analizar la información previo a la firma del presente consentimiento.
- 9- Declaro que todos los espacios del presente documento fueron llenados con anterioridad a su firma, y, por tanto, consiento y acepto su contenido.
- 10- Declaro que no concurre en mi ninguna circunstancia que pueda afectar mi voluntad o consentimiento, y que, por tanto, pueda viciar la autorización otorgada mediante la firma del presente documento.
- 11- Declaro que he comprendido la información que me ha sido clara y oportunamente suministrada y que he tenido la oportunidad de hacer las preguntas y aclarar las dudas relacionadas con el procedimiento, tratamiento o intervención.
- 12- Declaro que, de conformidad con la información oportuna y claramente suministrada, otorgo a Emdiagnostica S.A.S y al profesional designado por la institución, mi consentimiento libre, informado y cualificado para la ejecución del tratamiento o procedimiento propuesto.
- 13- CONSIENTO Que se me realice el **TET DE ALIENTO** SI () NO ()
- 14- OBSERVACIONES ADICIONALES _____

Firma del paciente

Firma del representante legal o apoyo

Firma del profesional

Identificación

Identificación

R.M.

DISENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que **renuncio** expresa, libre y voluntariamente al procedimiento, tratamiento o intervención propuesto por los profesionales de Emdiagnostica.

Declaro que me han sido explicados de forma clara y oportuna las indicaciones del procedimiento, tratamiento o intervención y de las consecuencias que trae consigo la no realización del procedimiento o intervención.

Declaro que la decisión sobre la no realización del procedimiento, tratamiento o intervención es una determinación libre y voluntaria.

Firma del profesional

R.M. _____

Firma del paciente

Identificación

Firma del representante legal o apoyo

Identificación