

CONSENTIMIENTO INFORMADO MANOMETRIA ANO RECTAL

Versión 1 Fecha: Mayo 11 de 2026

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. No llene los espacios sombreados

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

¿Qué es la manometría anorrectal?

La manometría anorrectal es un estudio diagnóstico que evalúa la función del ano y el recto mediante la medición de presiones. Se realiza introduciendo un catéter delgado y flexible a través del canal anal hacia el recto. Este estudio permite evaluar: 1- La presión del esfínter anal en reposo y durante la contracción. 2. La capacidad de relajación del esfínter durante la evacuación. 3. Los reflejos anorrectales. 4. La sensibilidad rectal .5. La coordinación de los músculos durante la defecación simulada.

F. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE:

I. El paciente relaciona como antecedentes o condiciones médicas relevantes los siguientes:

- Alergias medicamentosas. SI _____ NO _____ Cuál(es) _____
- Alteraciones de la coagulación. SI _____ NO _____ Cuál(es) _____
- Enfermedades hepáticas o renales severas SI _____ NO _____
- Enfermedades severas del Sistema Nervioso Central SI _____ NO _____
- Presento dolor anal severo o sangrado rectal abundante . Si ___ No ___ (En caso afirmativo el procedimiento será postergado)
- Antecedentes de Cirugía ano rectal Si ___ No ___ Fecha o año de realización _____ Razón _____
- Otros antecedentes: _____

Declaro que, con excepción de los antecedentes expresamente relacionados en el presente consentimiento, no he informado o advertido de cualquier otro antecedente cuya ejecución autorizo mediante la firma del presente documento.

Contraindicaciones: Este procedimiento no podrá ser realizado en caso de: Cirugía ano rectal menor a 2 meses, dolor anal severo, sangrado rectal abundante.

G. EXPLICACION DE LAS ALTERNATIVAS: Otros estudios disponibles para evaluar trastornos anorrectales incluyen: defecografía (con bario o resonancia magnética), prueba de expulsión del balón, electromiografía del esfínter anal.

H. BENEFICIOS ESPERADOS Y POSIBILIDADES DE NO MEJORIA O NO OBTENCION DEL RESULTADO

Este procedimiento ayuda a diagnosticar trastornos de la defecación, estreñimiento crónico, incontinencia fecal y otras alteraciones de la función anorrectal. Los resultados pueden identificar si el paciente se beneficiaría de terapia de biorretroalimentación u otros tratamientos específicos.

Entiendo y acepto que en todo procedimiento, intervención o tratamiento médico es posible que no se alcancen los objetivos descritos en el tratamiento.

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

I. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS

Generales: Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables.

MOLESTIAS Y RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Molestias esperadas:

- Sensación de presión o incomodidad durante la inserción del catéter
- Sensación de necesidad de evacuar durante el inflado del balón
- Posible vergüenza o ansiedad relacionada con la naturaleza del procedimiento.

Riesgos (muy poco frecuentes):

- Dolor leve durante el procedimiento, especialmente si existe fisura anal o hemorroides.
- Sangrado mínimo (extremadamente raro)
- Incomodidad temporal después del procedimiento

Se me ha explicado y comprendo que ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos; pero, de cualquier forma, si ocurriera una complicación o efecto indeseado, se me ha indicado que Emdiagnóstica SAS cuenta con todos los medios necesarios para su manejo inicial y para remitir en caso de ser necesario. Por lo anterior, autorizó la ejecución de las acciones que sean requeridas para tratar la complicación o sus consecuencias. Comprendo y acepto que, pueden presentarse riesgos, secuelas y resultados desfavorables inmediatos, o tardíos de difícil previsión. Comprendo que, durante el desarrollo del procedimiento mencionado, frente a circunstancias o hallazgos imprevistos o imprevisibles pueda requerirse la realización de extensiones o variaciones del procedimiento inicial. En tal sentido, también acepto la realización de esos nuevos procedimientos. En consecuencia, conozco y asumo todos los riesgos y secuelas que puedan derivarse del procedimiento, intervención o tratamiento

Particulares. En mi caso particular se me ha explicado que adicional a lo anterior existen riesgos de _____

J. Cómo se realiza el procedimiento.

1. El paciente se coloca en posición lateral izquierda (acostado de lado).
2. Se introduce un catéter delgado a través del canal anal hacia el recto
3. Se le pedirá que realice diferentes maniobras: relajarse, contraer el esfínter anal, simular la evacuación (pujar)
4. Se inflará un pequeño balón en el recto para evaluar la sensibilidad rectal.
5. El procedimiento dura aproximadamente 30-45 minutos
6. La cooperación del paciente es fundamental para obtener resultados precisos.

K. PREPARACIÓN PREVIA, EVOLUCIÓN POSTERIOR Y SIGNOS DE ALARMA. Entiendo que no cumplir con las instrucciones previas y posteriores al tratamiento, o incumplir con las citas de control que se programen, puede aumentar mi probabilidad de sufrir complicaciones o afectar los objetivos buscados con el tratamiento, intervención o procedimiento.

He sido informado(a) que debo:

- Aplicar enema endorectal (Travad de 133 cc) 2 horas antes del procedimiento, retenerlo 3 a 5 minutos y evacuar el contenido rectal
- No se requiere ayuno
- Puede continuar con sus medicamentos habituales
- Informe si tiene fisura anal, hemorroides trombosadas, cirugía rectal reciente o sangrado activo

Se me ha explicado con suficiencia y claridad que en caso de presentar los siguientes signos o síntomas debo consultar inmediatamente, contactar a EMDIAGNOSTICA S.A.S al siguiente teléfono (7041234) o dirigirme al servicio de urgencias más cercano: 1. Sangrado rectal 2. Dolor en el estómago severo. 3- Fiebre. 5. Otros que considere preocupantes.

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

L. 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.

LIMITACIONES DEL PROCEDIMIENTO

- Los resultados pueden no reflejar exactamente la defecación real.
- Puede haber resultados falsos positivos o falsos negativos
- La ansiedad o la posición durante el estudio pueden afectar los resultados.
- Puede ser necesario complementar con otros estudios (defecografía, prueba de expulsión del balón)

M. 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.

N - DECLARACIONES

- 1- Realicé la preparación indicada y específicamente apliqué enema endorectal.
- 2- 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.
- 3- Declaro que todos los espacios del presente documento fueron llenados con anterioridad a su firma, y, por tanto, consiento y acepto su contenido.
- 4- 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.
- 5- 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.
- 6- 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.
- 7- Entiendo que con la firma de este documento estoy avalando que se me entregó información suficiente la cual comprendí y por lo tanto **CONSIENTO** Que se me realice la **MANOMETRIA ANO RECTAL** SI () NO ()
- 8- 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

Firma del paciente

Firma del representante legal o apoyo

R.M. _____

Identificación _____

Identificación _____