

	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCION AMBULATORIA</b>	<b>CODIGO AA-I-03</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSION 01FECHA DE APROBACION: 19 DE NOVIEMBRE DEL 2019</b>
	<b>INSTRUCTIVO</b>	<b>PREPARACION ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS</b>	

### **TENER EN CUENTA PARA EL DIA DE SU ENDOSCOPIA**

1. Acudir a su procedimiento de Endoscopia con ayuno de por lo menos 6 horas, con acompañante, después del examen no podrá conducir automóvil.
2. Diligenciar el consentimiento informado, documento donde se le explica en qué consiste el Procedimiento de Endoscopia y sus posibles riesgos. Debe leerlo atentamente y firmarlo.
3. Deberá manifestar a su médico si es alérgico a medicamentos, si padece enfermedades crónicas como diabetes Mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, remplazo valvular u otro padecimiento importante
4. El día de la Endoscopia, el paciente debe asistir en ayunas, si la cita es temprano, de lo contrario debe tener 6 horas de ayuno como mínimo, la noche anterior debe realizar su última comida a las 6 de la tarde consumiendo algo suave y preferiblemente liquido.
5. Si el procedimiento de Endoscopia es en horas de la tarde, puede consumir una sola bebida: aromática o consomé (sólo el líquido) a las 06:00 horas, luego no ingerir ningún alimento.

#### **Recuerde Que para el día de su Endoscopia:**

- Debe presentarse acompañado de un adulto, 10 minutos antes del procedimiento.
- Traer las uñas sin esmalte, dejar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.) con el acompañante o en el locker dispuesto para este uso.
- Tomar el medicamento de la tensión arterial con mínima cantidad de agua, a las 04:00am.
- Traer resultados de los exámenes anteriores si los tiene.

**Cualquier inquietud por favor comunicarse al 6956787  
celular 3184887955 o al WhatsApp.**

	MACROPROCESO	ATENCION AMBULATORIA	CODIGO AA-F-11 VERSION 02
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	FECHA DE APROBACION: 15 de Julio del 2020
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA	

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con CC \_\_\_\_\_ nacido(a) el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ y como paciente \_\_\_\_\_ o como responsable \_\_\_\_\_ del paciente \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad CC, CE, TI N° \_\_\_\_\_ autorizo al Especialista, para la realización del procedimiento \_\_\_\_\_, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar, siendo estos:

1. Perforacion

2. Sangrado

3.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba. Si tiene carillas o elementos orales no removibles, el personal Profesional y la Institución no se hacen responsables de daños o desprendimiento de las mismas.

Estoy consciente de la pandemia por la que atravesamos en la actualidad por el COVID-19 y que el procedimiento que me realizarán el día de hoy puede generar alta cantidad de aerosoles (durante la intubación o durante la misma endoscopia por la inducción de la tos al entrar en contacto con la vía aérea superior), aumentando el riesgo de contagiar al personal de salud si me encuentro infectado, por lo cual certifico:

1. Que en las últimas dos semanas no he tenido sintomatología respiratoria como tos, fiebre, dificultad respiratoria, dolor al tragar o malestar general u otro de los síntomas sobre los que me han preguntado previamente a este examen.

2. Que no he estado en contacto con personas enfermas con COVID-19, o que hubieran estado en cuarentena por COVID-19 o gente proveniente de los continentes o regiones del país donde circula activamente el virus.

Se me ha explicado que en la actualidad no hay información médica concluyente sobre el riesgo de adquirir la enfermedad COVID-19 durante un procedimiento endoscópico; sin embargo, por considerarse un procedimiento generador de aerosoles se han seguido las recomendaciones de bioseguridad de la OMS y del Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Así mismo hago constancia de mi consentimiento informado y de que me han explicado los riesgos del procedimiento, además, que por el hecho de desaislarme se aumenta mi riesgo de contaminación con el virus SARS-Cov-2.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Ciudad: Bogotá Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
CC ó Huella: \_\_\_\_\_



Firma del Testigo o Responsable del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_  
CC ó Huella: \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_



Firma del Médico o Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_

Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

CC. \_\_\_\_\_

Número del Registro: \_\_\_\_\_

	MACROPROCESO	ATENCION AMBULATORIA	<b>CODIGO AA-F-09</b>  <b>VERSION 01</b>  <b>FECHA DE APROBACION: 01 DE OCTUBRE DEL 2019</b>
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SEDOANALGESIA	

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, declaro que el profesional me ha informado y explicado lo siguiente:

**RIESGOS:**

- Hipersensibilidad a los componentes (incluye eritema)
- Bronco-espasmo (depresión respiratoria) puede desencadenar crisis asmática.
- Sudoración y nauseas.
- Sincope orto estático (cambio postural brusco)
- Hipotensión

**RECOMENDACIÓN:** Si tiene carillas o elementos removibles (por favor retirárselos).

**RECOMENDACIONES POST:**

- No conducir automóvil
- No ingiera alcohol

Doy mi consentimiento para realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERES, con el buen entendimiento que puedo retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

Declaro que la profesional me ha explicado y aclarado todas las dudas con respecto al consentimiento informado que firmo a continuación.

Ciudad, Bogotá      Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente/acudiente  
C.C.

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional  
C.C.

\_\_\_\_\_  
Nombre del acudiente

	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCION AMBULATORIA</b>	<b>CODIGO AA-F-10</b> <b>VERSION 01</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ATENCION DE ENFERMERIA</b>	
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VENOPUNCIÓN</b>	

## INFORMACION SOBRE LA VENOPUNCIÓN

Es la técnica por la cual se cánula una vena por vía transcutánea con un catéter de plástico flexible unido a una aguja. Este procedimiento es necesario, ya que se requiere un acceso venoso para la administración de medicamentos, igualmente es útil ya que podría requerir líquidos endovenosos.

En el momento de la venopunción, sentirá un leve dolor tipo pinchazo. En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor leve, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales. En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.

### CONSENTIMIENTO

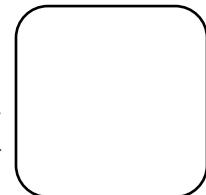
Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con CC\_\_ TI \_\_ CE \_\_ Pasaporte\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo al personal de GASTRICARE SAS, para realizar el procedimiento de venopunción para la administración de medicamentos.

Declaro que he leído y comprendido la información sobre la venopunción, satisfactoriamente y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma del paciente o responsable: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

CC. o huella: \_\_\_\_\_



Ciudad y Fecha DD/MM/AA \_\_\_\_\_