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

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

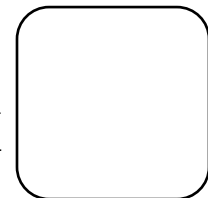
Yo, _____ identificado(a) con CC__ TI __ CE __ Pasaporte__ Otro_____ Número _____ de _____ autorizo al personal de GASTRICARE SAS, para realizar el procedimiento de venopunción para la administración de medicamentos.

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 _____