


| | | | |
|---|---------------------|--|--|
|  | MACROPROCESO | ATENCION AMBULATORIA | CODIGO AA-I-02 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | VERSION 01FECHA DE APROBACION: 19 DE NOVIEMBRE DEL 2019 |
| | INSTRUCTIVO | PREPARACION COLONOSCOPIA PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS | |

Estimado usuario, usted será sometido a una colonoscopia total o una rectosigmoidoscopia, este procedimiento consiste en la inspección interna de su colon o parte de él, para facilitar el procedimiento y lograr un diagnóstico más acertado debe tener en cuenta la presente preparación.

IMPORTANTE

Una semana antes al examen **NO DEBE CONSUMIR GRANADILLA NI PITAYA.**

- Para la preparación usted debe contar con una caja de 4 sobres de Polietilen Glicol (Nulytely, Klean Prep, Clearovac). Cada sobre de (105 gramos) se prepara en un litro de agua pura y por separado.
- Si desea, puede refrigerar antes de consumirlo para así darle un mejor sabor.

El día anterior al examen:

1. El día anterior al examen puede desayunar (consomé ó aromática con galletas de soda).
2. Después del desayuno solo tomar consomé y jugos (sin leche y que no sean de color rojo).

SI LA COLONOSCOPIA O LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA se encuentra programada para las horas de la MAÑANA, la preparación con el laxante la inicia: POR LA TARDE DEL DIA ANTERIOR DESDE LAS 6 PM.

Inicie la ingesta así:


Primer litro: Inicie ingesta a las **6pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos

Segundo Litro: Inicie la ingesta hacia las **7:00 pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos.

Tercer litro: Inicie la ingesta a las **8:00 pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos.

Cuarto litro: Inicie la ingesta a las **9:00 pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos.

SI LA COLONOSCOPIA O LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA se encuentra programada para las horas de la TARDE, la preparación con el Laxante la inicia: DIEZ HORAS ANTES de la hora programada de su procedimiento (Recuerde diluir cada sobre en un litro de agua y realizar la toma por hora y un vaso cada 15 minutos)

| | | | |
|---|---------------------|--|--|
|  | MACROPROCESO | ATENCION AMBULATORIA | CODIGO AA-I-02 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | VERSION 01FECHA DE APROBACION: 19 DE NOVIEMBRE DEL 2019 |
| | INSTRUCTIVO | PREPARACION COLONOSCOPIA PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS | |


Información general para realización de Colonoscopia

1. Acudir el día de su Colonoscopia con ayuno de por lo menos ocho (8) horas, con acompañante, después del examen no podrá conducir automovil.
2. Diligenciar el consentimiento informado, que es un documento donde le explican en qué consiste la prueba y sus posibles riesgos. Debe leerlo atentamente y firmarlo.
3. Deberá manifestar a su médico si es alérgico a medicamentos u otros componentes, si padece enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, reemplazo valvular u otro padecimiento importante.
4. 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.
5. Tomar el medicamento de la tensión arterial con mínima cantidad de agua, a las 04:00am.
6. Traer resultados de los exámenes anteriores si los tiene.

Recuerde ¡El éxito de su examen depende de su excelente preparación!

Cualquier inquietud por favor comunicarse al 6956787 – celular 3184887955 o al whatsapp.

Dirección: Calle 83 No. 16A-44 Consultorio 605 – Edificio CIMA. Bogotá

| | | | |
|---|--------------|---|--|
|  | MACROPROCESO | ATENCION AMBULATORIA | CODIGO AA-F-09 VERSION 01 FECHA DE APROBACION: 01 DE OCTUBRE DEL 2019 |
| | 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 náuseas.
- 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

| | | | |
|---|--------------|--|---|
|  | 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 | 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

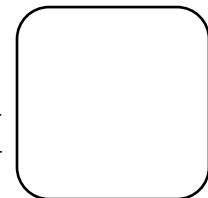
Yo, _____ identificado(a) con CC__ TI __ CE __ Pasaporte__ Otro _____ Número _____ de _____ autorizo al personal de GASTRICARE SAS, para realizar el procedimiento de venopunción para la administración de medicamentos.

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 _____