
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-23
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PHMETRIA	Fecha de actualización: 2020-11-01
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PHMETRIA

Fecha: Día -----Mes-----Año----- Hora:								
1. DATOS DEL PACIENTE:								
Nombres y Apellidos del paciente:								
Identificación:		Tipo:			Número :			
Edad:		DIAS		MESES		AÑOS		
Condición particular:		Menor de edad:		Discapacidad cognitiva:		SI		NO
2. DIAGNÓSTICO								
3. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO								
PH METRIA ESOFAGICA								
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:								
<p>La pHmetría esofágica es una prueba diagnóstica ambulatoria que permite la medicación del pH (grado de acidez del esófago) durante 24 horas. En este tiempo usted realizará sus actividades habituales con el fin de valorar la existencia de reflujo gastroesofágico (paso del contenido ácido del estómago al esófago).</p> <p>Para ello se introduce una sonda fina (de aproximadamente 2 mm) a través de la fosa nasal hasta la parte inferior del esófago/estómago que, conectada a un equipo grabador portátil, registrará el pH a intervalos regulares. No requiere sedación, aunque en ocasiones puede emplearse un anestésico tópico para reducir la sensación nauseosa o alguna de las pequeñas molestias locales, que suelen desaparecer una vez colocada la sonda. En cualquier momento, si usted lo considera necesario, puede interrumpir la prueba, para ello sólo tiene que despegar los medios de fijación de la sonda a la nariz y retirarla lenta y cuidadosamente, esta maniobra no tiene complicaciones y es muy poco molesta.</p>								
5. PROPÓSITO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR:								
<p>Con esta prueba se pretende estudiar el grado e intensidad del reflujo ácido gastroesofágico (ácido que pasa del estómago al esófago) para valorar la necesidad de determinados tratamientos médicos y/o quirúrgicos e incluso comprobar posteriormente la eficacia de los mismos</p>								
6. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO:								
<p>No existe una alternativa razonable a la pHmetría esofágica, siendo la mejor prueba para el estudio del reflujo.</p>								
7. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:								
<p>La introducción y el paso de la sonda por la nariz y la faringe (garganta) habitualmente sólo producen escasas molestias y pronto se habituará a la sensación que produce la sonda. Una vez colocado el equipo, y durante las 24 horas siguientes, es importante que siga su ritmo de vida habitual, siendo conveniente que no haga restricciones alimentarias y, si tiene el hábito de fumar o beber determinadas bebidas (alcohol, bebidas gaseosas, café,...), puede hacerlo en las mismas cantidades que cualquier otro día, para poder reproducir posteriormente de forma fiel las características de su reflujo. No obstante, debe tener en cuenta que el día que lleve colocada la sonda y, en función de su puesto de trabajo, existe la posibilidad de que</p>								

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-23
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PHMETRIA	Fecha de actualización: 2020-11-01
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

no pueda acudir a trabajar. Aproximadamente hacia las 24 horas de empezar la prueba le citarán para retirar la sonda, para realizar el análisis de los datos recogidos.

8. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:

La no realización del procedimiento puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento.

9. RIESGOS FRECUENTES:

La imposibilidad de introducir la sonda por la nariz o la intolerancia a la misma son causas excepcionales de un fracaso o interrupción prematura de la exploración (menos del 1%). Es frecuente la presencia de náuseas y/o molestias nasales durante la introducción de la sonda y, en ocasiones, pequeñas hemorragias nasales que ceden espontáneamente.

10. RIESGOS POCO FRECUENTES:

Muy raramente puede producirse la perforación esofágica de un divertículo, una hemorragia digestiva alta por reiteradas náuseas y vómitos o la aspiración pulmonar del residuo esofágico.

11. RIESGOS INHERENTES AL PACIENTE (INDIVIDUALIZADOS): SI ____ NO ____ Cual?

—

12. PROFESIONAL QUE INFORMA: (“Para procedimiento electivo debe ser diligenciado por el médico tratante. Lo anterior preservando la relación médico paciente fundamentado en la confianza, el concepto de humanización y el derecho a la autonomía” En casos de urgencia, el médico de turno.)

Nombre(s) y Apellido(s) _____ Registro No. _____

13. DECLARACION DEL PACIENTE:

Autorizo SI ---- NO ---- la participación del personal en formación en el equipo asistencial que estará a cargo de mi proceso de atención, siendo éste responsabilidad absoluta del profesional tratante.

Autorizo SI ---- NO ---- que durante mi proceso de atención se tomen videos y/o fotografías.

14. DECLARACIÓN DE SATISFACCIÓN Y ENTENDIMIENTO CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA:


Manifiesto haber entendido claramente la información suministrada, luego de contar con la oportunidad de aclarar y resolver mis dudas e inquietudes sobre el procedimiento. Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de éste, me han expresado los posibles riesgos y complicaciones, así como los alcances de otras alternativas de tratamiento, incluyendo la no realización de intervención alguna, y que no existen garantías absolutas, porque los procedimientos no ofrecen un 100% de confiabilidad diagnóstica y/o terapéutica,

15. EXTENSIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:

Este consentimiento lo extiendo para que durante este acto quirúrgico me sean practicados los procedimientos, o actividades necesarias para enfrentar situaciones imprevisibles o complicaciones de mi salud derivados del procedimiento inicialmente propuesto. Entiendo que el personal tratante actuará con el profesionalismo, prudencia, diligencia y responsabilidad. Así mismo acepto que los tratamientos planteados sean ejecutados por el especialista que se requiera, acorde a la necesidad clínica.

16. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Teniendo plena conciencia de que soy mayor de 18 años, que padezco la enfermedad o patología informada por el médico; que la realización de este procedimiento es la mejor alternativa para el tratamiento de mi motivo de consulta, luego de leer y comprender el contenido del presente documento y declarar que no he omitido nada acerca de mi salud, autorizo al profesional seleccionado para que me realice el procedimiento o procedimientos señalados en la primera parte, así mismo, las actividades ejecutadas por el personal de apoyo que este disponga.

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-23
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PHMETRIA	Fecha de actualización: 2020-11-01
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

Nombre del Paciente: _____ No. Documento de identidad: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del profesional que informa: _____ Registro No.: _____

Especialidad: _____

El presente consentimiento se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO DELEGADO: *(Este numeral debe ser diligenciado por el representante legal del paciente cuando éste no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva)).*

Dado que el beneficiario de los procedimientos es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para ejecutar la exploración o procedimiento descrito, el profesional me ha explicado, en mi calidad de representante legal, en forma clara, expresa y satisfactoria en qué consiste el procedimiento, qué es, cómo se hace, para qué sirve. Igualmente, se me han explicado los riesgos y complicaciones que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntaria yo, _____ identificado (a) con No. _____, en mi calidad de _____ (madre, padre, hermano, hijo, otros) de _____ (nombre del Paciente), doy mi consentimiento para que se le realicen los procedimientos antes descritos.

También puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno, esto siempre y cuando no se hayan adelantado ya las acciones destinadas al logro del objetivo.

Firma del Representante legal: _____

Firma del profesional que informa: _____ Registro No: _____

Especialidad: _____

El presente consentimiento se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

18. REVOCACIÓN:

Revoco el consentimiento otorgado, para la realización del procedimiento que se expresa en este documento.

Nombre del Paciente: _____ No. Documento de identidad: _____

Firma del Paciente: _____

Nombre del Representante legal: (cuando aplique) _____

Firma del Representante legal: _____ No. Documento de identidad: _____

El presente consentimiento se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____