	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-01
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO CONTROL DE HEMORRAGIA PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL

Estimado usuario, usted será sometido a un CONTROL DE HEMORRAGIA, 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 Polietilenglicol (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:


- El día anterior al examen puede desayunar (consomé o aromática con galletas de soda).
- 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 **6:00 pm** 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)

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-01
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		CONTROL DE HEMORRAGIA PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS	


INFORMACIÓN GENERAL PARA REALIZACIÓN DE CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA

1. Acudir el día de su colonoscopia con ayuno de por lo menos (08) ocho horas.
2. Diligenciar el consentimiento informado, que es un documento donde le explican en qué consiste el procedimiento 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. Tomar el medicamento de la tensión con mínima cantidad de agua, 08 horas antes de su cita o tomarlo después del finalizar el procedimiento.
5. Tomar el medicamento de la tensión con mínima cantidad de agua, 08 horas antes de su cita, o tomarlo después de finalizar el procedimiento.
6. Como el procedimiento es bajo sedación, debe asistir con un acompañante y disponer de 01 hora, tiempo que puede demorar todo el procedimiento.
7. Llevar las uñas sin esmalte, evitar llevar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.).
8. Llevar resultados de exámenes anteriores, si los tiene.
9. Asistir con ropa cómoda, (preferiblemente no tacones, fajas)
10. Después del examen no podrá conducir ningún tipo de vehículo automóvil, moto, Etc.

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

Cualquier inquietud puede comunicarse para:

- **EPS Sanitas:** Al PBX (301) 743 37 04, o al correo: confirmaciones.gastricare@gmail.com
- **EPS Famisanar:** Al móvil: 3155114536, o al correo: gastricare.confirmacionespa@gmail.com

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-36	
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 01	
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL	F. APROBACIÓN: 23/02/2023
		CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA		

Datos Paciente:

Yo, , mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: , nacido(a) el día , del mes , del año , **asisto como paciente.**

Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, , mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: ,

Autorizo al especialista, para la realización del procedimiento: **CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA**

¿QUÉ ES EL CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA?

El control de la hemorragia en el colon o recto mediante técnicas endoscópicas se refiere al uso de procedimientos endoscópicos para detener el sangrado en estas áreas del sistema gastrointestinal. Cuando se presenta una hemorragia activa en el colon o recto, la endoscopia se considera una herramienta diagnóstica y terapéutica muy útil. El procedimiento se realiza utilizando un endoscopio flexible, que es un tubo delgado y flexible con una cámara en el extremo que se introduce a través del ano y se avanza hasta el colon o el recto.

¿CÓMO DEBO PREPARARME?

Requiere una preparación previa que ya se le ha indicado, la cual es muy importante, ya que de no estar correctamente preparado el colon, en ocasiones no se puede realizar el examen y es necesario volver a programar el examen.


Aunque seguramente ya se le habrá solicitado, debe indicar al médico si tiene alguna alergia, o si padece de alguna enfermedad cardiopulmonar. También es muy importante que nos notifique con anterioridad a la exploración si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo, Apixaban), antiagregantes (por ejemplo: clopidogrel etc.) o antiinflamatorios (por ejemplo: Voltarén etc., Aspirina u otros medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico) o si es portador de una prótesis cardíaca.

Se me indico que debo informar de alergia a la lidocaína, espasmo laríngeo, convulsiones, miastenia gravis o esclerosis múltiple, se puede realizar en personas que tengan otras enfermedades controladas como hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón y pulmones, entre otras, tomando las debidas medicaciones y precauciones pertinentes.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES?

- Durante el procedimiento se puede producir de forma excepcional algunas complicaciones, tales como dolor abdominal, perforación, hemorragia o alteraciones cardio-respiratorias que en algún caso pueden requerir ingreso en la Clínica e incluso cirugía urgente.
- Sangrado. Si se extirpa un pólipo o le hacen una biopsia durante el examen, podría notar algo de sangre en sus heces uno o dos días después de la prueba. No es común tener un sangrado grave, pero en raros casos, el sangrado podría requerir tratamiento o hasta poner en peligro la vida.
- Perforación (orificio en la pared del colon o del recto). Una perforación es infrecuente, pero podría ser una complicación que ponga en peligro la vida y se podría requerir la reparación del orificio mediante cirugía.
- Reacciones a la anestesia

Confirmando que recibí la preparación para la realización de mi procedimiento y que cumplí el total de las

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-36
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	F. APROBACIÓN: 23/02/2023
	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA		

instrucciones contenidas en ese documento.

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. 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.

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara 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.

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Este consentimiento lo extiendo para que durante este procedimiento me sean practicados las 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.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente. Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C

El día del mes del año .

Firma del Paciente o Representante Legal.


Firma del Médico/Profesional de la salud

Nombre del Paciente o Representante Legal.

Nombre del Médico/Profesional (completo).

Documento del Paciente o Representante Legal.

Documento del Médico/Profesional

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-09
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		SEDOANALGESIA	

Datos Paciente:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, nacido(a) el día _____, del mes _____, del año _____, **asisto como paciente.**

Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, Actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, declaro que el profesional me ha informado y explicado lo siguiente:

¿QUÉ ES LA SEDOANALGESIA?

La sedo analgesia para procedimientos es un procedimiento en el cual se usan fármacos analgésicos, sedantes y/o disociativos en forma endovenosa con el objetivo de producir analgesia, sedación y/o control de movimientos durante la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen ansiedad y/o dolor.

¿DEBO TENER ALGUNA PREPARACIÓN O CUIDADO ESPECIAL ANTES DE LA SEDOANALGESIA?

Debe asistir en ayuno total de por lo menos 8 horas, haber realizado la preparación ordenada según el procedimiento, traer ropa holgada, calzado cerrado y antideslizante, uñas cortas y sin esmalte y contar siempre con un acompañante.

Antes del procedimiento refiérase al médico de sedación los medicamentos que está tomando, antecedentes importantes y si ha presentado antes alguna alergia o reacción a medicamentos.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y CONSECUENCIAS?


El beneficio que se persigue sedando a los pacientes es doble: por un lado, conseguir una buena calidad percibida, gracias a la supresión del dolor y por otro evitar que movimientos intempestivos puedan comprometer la eficacia y seguridad del procedimiento.

Los riesgos, aunque son infrecuentes, incluyen hipersensibilidad a los componentes (incluye eritema), broncoespasmo (depresión respiratoria) puede desencadenar crisis asmática, sudoración y nauseas. síncope orto estático (cambio postural brusco), hipotensión.

Para evitar obstrucción de la vía respiratoria debe retirarse cajas de dientes y otros elementos removibles de la boca. Posterior a la salida puede persistir con mareos por lo cual se debe abstener de deambular solo y de conducir el automóvil, siempre venga con un acompañante. No debe ingerir bebidas alcohólicas después del procedimiento.

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara 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.

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-09
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		SEDOANALGESIA	

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Este consentimiento lo extiendo para que durante este procedimiento me sean practicados las 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.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C.

El día del mes del año .

Firma del Paciente o Representante Legal.


Firma del Médico/Profesional de la salud

Nombre del Paciente o Representante Legal.

Nombre del Médico/Profesional (completo).

Documento del Paciente o Representante Legal.

Documento del Médico/Profesional

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-10
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		VENOPUNCIÓN	F. APROBACIÓN: 23/02/2023

Datos Paciente:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, nacido(a) el día _____, del mes _____, del año _____, **asisto como paciente.**

Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____,

Actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, declaro que el profesional me ha informado y explicado lo siguiente:

¿QUÉ ES 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.

AUTORIZACIÓN INFORMADA:

Actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, 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.

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara 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.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C.,

El día _____ mes _____ año _____.

Firma del paciente o responsable del paciente.

Nombre del paciente o responsable (completo).

Documento del paciente o responsable.

Firma del médico o profesional de la salud

Nombre del médico/profesional (completo).

Documento del médico/profesional.