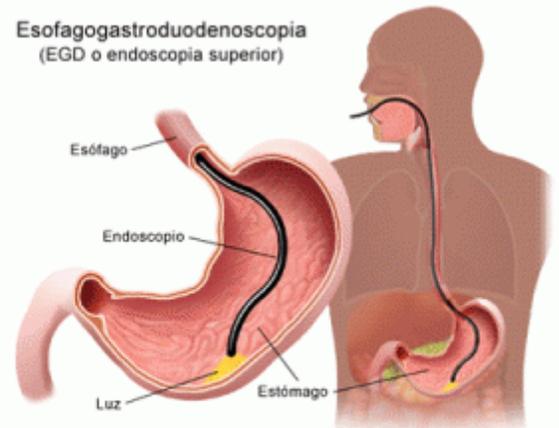


	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-03</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>ENDOSCOPIA</b> <b>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA</b>	

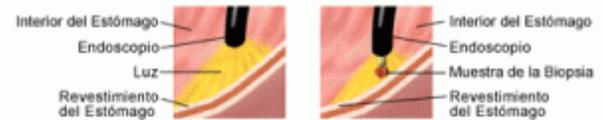
Estimado usuario, usted será sometido a una endoscopia o esofagogastroduodenoscopia, este procedimiento consiste en la inspección interna de su estómago o parte de él, para facilitar el procedimiento y lograr un diagnóstico más acertado debe tener en cuenta la presente preparación.

### Información general para realización de Endoscopia

1. Acudir el día de su endoscopia con ayuno de por lo menos (08) ocho horas.  
**Si la cita es en horarios AM**, debe realizar su última comida antes de las 7:00 p.m., consumiendo algo suave y preferiblemente líquido.  
**Si la cita es en horario PM**, debe contar 08 horas, antes de la hora programada de su cita, puede consumir una sola bebida: aromática o consomé (sólo el líquido) luego no ingerir ningún alimento.



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 de finalizar el procedimiento.
5. Como el procedimiento es bajo sedación, debe asistir con un acompañante y disponer de 01 hora, tiempo que puede demorar todo el procedimiento.
6. Llevar las uñas sin esmalte, evitar llevar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.).
7. Llevar resultados de exámenes anteriores, si los tiene.
8. Asistir con ropa cómoda, (preferiblemente no tacones, fajas)
9. 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

 <b>GastriCare IPS</b> <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO: AA-F-31</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>RETIRO BALÓN INTRAGÁSTRICO</b>	

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.

Soy acudiente responsable del paciente: ,  
 identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: ,  
 Autorizo al Especialista, para la realización del procedimiento: **RETIRO BALÓN INTRAGÁSTRICO.**

Para el retiro del Balón Intragástrico se realiza una endoscopia de vías digestivas altas, con el propósito de extraer el dispositivo antes insertado, considerándose que ya cumplió su tiempo de estancia en el estómago del paciente.

Durante la extracción se punciona con una aguja, se succiona por un sistema de aspiración a través de dicho orificio, hasta que esté completamente vacío, se extrae con una pinza recuperadora el balón en su totalidad.

### ¿QUÉ ES UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA?

La Endoscopia Digestiva Alta es una exploración que permite la observación detallada y completa del esófago, estómago y duodeno. Para realizarla se introduce un tubo flexible a través de la boca, capaz de transportar luz e imagen, y se inyecta aire en el estómago para favorecer su visualización.

### ¿CÓMO DEBO PREPARARME?

La Endoscopia Digestiva Alta requiere como preparación previa, únicamente que venga usted en ayunas de mínimo 08 horas, Sino cumplo con este ayuno y de haber comido algo antes del tiempo requerido, la visualización de la mucosa es deficiente y el riesgo de aspiración bronquial es elevado, por lo que no se puede realizar la prueba.

Debe avisar e indicar al médico si tiene alguna alergia, o si padece de alguna enfermedad cardiopulmonar. También es necesario que nos notifique con anterioridad si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo: apixaban), antiagregantes (ej.: Aspirina, etc.) o antiinflamatorios (ej.: Voltaren) o si es portador de una prótesis cardíaca.

### RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA COLOCACIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO

Al realizar la Endoscopia Digestiva Alta se puede producir en forma excepcional, perforación, hemorragias, dolor abdominal, aspiración bronquial, alteraciones cardiorrespiratorias, que en algún caso puede requerir ingreso en la Clínica o incluso cirugía urgente.

El retiro del balón intragástrico puede ocasionar náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso, que incluso pueden requerir la administración de medicación endovenosa o si el médico considera necesario ingreso en la Clínica.

También puede ocurrir raramente complicaciones como oclusión intestinal, abdomen agudo quirúrgico.

 <b>GastriCare IPS</b> <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO: AA-F-31</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>RETIRO BALÓN INTRAGÁSTRICO</b>	<b>F. APROBACIÓN: 23/02/2023</b>

## 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.

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

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.

Soy acudiente responsable del paciente: ,

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 náuseas. 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.

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

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

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

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.

O como acudiente responsable del paciente: \_\_\_\_\_,

identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: \_\_\_\_\_,

### ¿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, autorizé 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 suministré 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico o profesional de la salud

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o responsable (completo).

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico/profesional (completo).

\_\_\_\_\_  
Documento del paciente o responsable.

\_\_\_\_\_  
Documento del médico/profesional.