
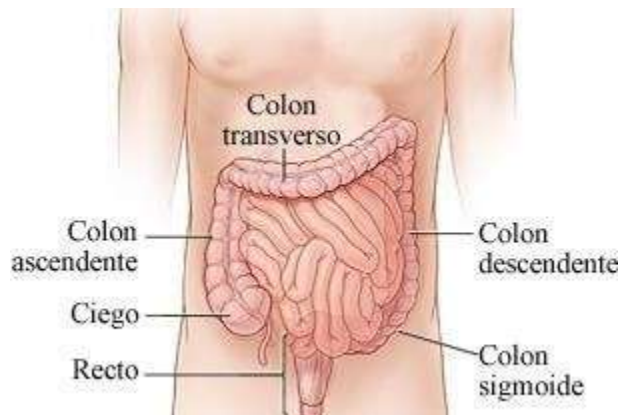


| | | | |
|---|---------------------|---|--|
|  GastricCare IPS <small>SISTEMAS DE SALUD</small> <small>NIT: 900 943 726 - 9</small> | MACROPROCESO | ATENCIÓN AMBULATORIA | CÓDIGO AA-I-12 |
| | | | VERSIÓN 03 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL |
| | DOCUMENTO | PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO ECOGRAFIA ENDOSCÓPICA DE RECTO | F. APROBACIÓN: 02/01/2026 |

Estimado usuario, usted será sometido a una ecografía endoscópica, este procedimiento consiste en ver imagen por ultrasonido en tiempo real del tubo digestivo. En esta prueba se usa un tubo flexible llamado endoscopio. En su extremo hay una cámara de video diminuta con una luz. Esta envía imágenes en tiempo real a un monitor. El endoscopio también tiene un dispositivo de ultrasonido muy pequeño. Se utilizan ondas sonoras para crear imágenes y transmitirlos a un monitor. Se pasa una aguja a través del endoscopio.

Información general para realización de ultrasonido


- Acudir el día de su eco - ultrasonido 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.
- Colocarse un **ENEMA TRAVAD RECTAL**, en la noche del día anterior al procedimiento (8:00 pm) y otro ENEMA TRAVAD RECTAL 02 horas antes del procedimiento, llevar resultados de colonoscopia.
- 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.
- 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.
- Tomar el medicamento de la tensión con mínima cantidad de agua, 08 horas antes de su cita, o tomarlo después de finalizar el procedimiento.
- Como el procedimiento es bajo sedación, debe asistir con un acompañante y disponer de 01 hora, tiempo que puede demorar todo el procedimiento.
- Llevar las uñas sin esmalte, evitar llevar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.).
- Llevar resultados de exámenes anteriores, si los tiene.
- Asistir con ropa cómoda, (preferiblemente no tacones, fajas)
- 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 (601), 7433704 o al correo: confirmaciones@gastricareips.com
- EPS Famisanar: Al móvil: 3155114536, o al correo: confirmaciones@gastricareips.com
- Particular: Al móvil 318 4887955 o al correo gastricare.confirmacionespa@gmail.com

| | | | |
|--|---------------------|---|--|
|  GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>NIT: 900 945 728 - 9</small> | MACROPROCESO | ATENCIÓN AMBULATORIA | CÓDIGO: AA-F-24 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | VERSIÓN: 3 |
| | DOCUMENTO | CONSENTIMIENTO INFORMADO ULTRASONIDO ECO. ENDOSCÓPICA DE RECTO | ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL F. APROBACIÓN: 02/01/2026 |

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: **ECOGRAFIA ENDOSCÓPICA DE RECTO.**

¿QUÉ ES UNA ECOGRAFIA ENDOSCÓPICA DE RECTO?

La ecografía endoscópica rectal es una prueba que le permite al médico ver las paredes del tubo gastrointestinal inferior. Esta prueba no utiliza rayos X ni otro tipo de radiación.

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.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Durante el procedimiento se presenta con poca frecuencia riesgos de complicación como perforación, hemorragia, y otras inherentes al procedimiento que pueden requerir un tratamiento quirúrgico abierto en casos excepcionales.

En caso de la realización de PAAF (punción con aguja fina) existe igualmente riesgo de pequeños sangrados, que ceden habitualmente de forma espontánea. puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo o requerir intervención quirúrgica. En caso de precisar la realización de punción pancreática existe riesgo mínimo de sufrir un cuadro de pancreatitis aguda y/o generalmente leve.


Tras la toma de muestras de biopsia puede producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la ecoendoscopia, llegando incluso a la parada cardiorrespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Igualmente, la aspiración de contenido digestivo en la vía respiratoria es una complicación grave. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación. El Doctor queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas médicas distintas de las ya mencionadas si en el curso del procedimiento se presenta una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratante las haga necesarias, caso en el cual podrían realizarse en los términos previstos.

Confirmando que recibí la preparación para la realización de mi procedimiento y que cumplí el total de las instrucciones contenidas en ese documento.

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.

| | | | |
|--|--------------|--|-----------------------------------|
|  | MACROPROCESO | ATENCIÓN AMBULATORIA | CÓDIGO: AA-F-24 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | VERSIÓN: 3 |
| | DOCUMENTO | CONSENTIMIENTO INFORMADO | ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL |
| | | ULTRASONIDO ECO. ENDOSCÓPICA DE RECTO | F. APROBACIÓN: 02/01/2026 |

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.

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.


Nombre del Paciente o Representante Legal.

Documento del Paciente o Representante Legal.

Firma del Médico/Profesional de la salud

Nombre del Médico/Profesional (completo).

Documento del Médico/Profesional

| | | | |
|---|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|
|  <p>GastricCare IPS GASTROCENTRO BOGOTÁ NIT: 900 945 726 - 9</p> | MACROPROCESO | ATENCIÓN AMBULATORIA | CÓDIGO: AA-F-09 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | VERSIÓN: 02 |
| | DOCUMENTO | CONSENTIMIENTO INFORMADO | ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL |
| | | SEDOANALGESIA | |
| | | | F. APROBACIÓN: 23/02/2023 |

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.

| | | | |
|--|--------------|--------------------------|------------------------------|
|  | MACROPROCESO | ATENCIÓN AMBULATORIA | CÓDIGO: AA-F-09 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | VERSIÓN: 02 |
| | DOCUMENTO | CONSENTIMIENTO INFORMADO | ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL |
| | | SEDOANALGESIA | |
| | | | F. APROBACIÓN: 23/02/2023 |

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.


Nombre del Paciente o Representante Legal.

Documento del Paciente o Representante Legal.

Firma del Médico/Profesional de la salud

Nombre del Médico/Profesional (completo).

Documento del Médico/Profesional

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
|  GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO ESEUTA</small> <small>NIT: 900 845 726 - 9</small> | MACROPROCESO | ATENCIÓN AMBULATORIA | CÓDIGO: AA-F-10 |
| | PROCESO | ENDOSCOPIA DIGESTIVA | VERSIÓN: 02 |
| | DOCUMENTO | CONSENTIMIENTO INFORMADO | F. APROBACIÓN: 23/02/2023 |
| | | VENOPUNCIÓN | |

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: .

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Tener una vía de acceso para administración de medicamentos o líquidos endovenosos

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO. Los más frecuentes descritos son:

- Leve dolor y ardor en el sitio de inserción de la aguja, que ceden al retirarla
- Hematomas(morados) pequeños que se mejoran espontáneamente y/ o con la aplicación inicial de hielo y paños de agua tibia
- Nauseas, vomito y desmayos antes o durante la punción de los cuales se recuperará rápidamente
- Sangrado más prolongado de lo esperado (especialmente si toma anticoagulantes o aspirina). Para controlarlo debe hacer presión suave en el sitio de punción con un algodón seco por unos 2-5 min.

RIESGOS PARTICULARES: están relacionados con las condiciones propias del paciente (antecedentes, enfermedad actual) Son infrecuentes, de darse requieren valoración médica:

- Hematomas que una gran área del brazo puncionado.
- Extravasación del medicamento
- Intenso dolor y sensación tipo “corrientazo” y hormigueo que puede presentarse inmediatamente u horas después del procedimiento.
- Infección en el sitio de punción que se manifiesta por fiebre, enrojecimiento, calor, dolor y disminución de la movilidad del brazo afectado.

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.