



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO**

VERSION: 01

COD: ADX-FT-009

Nombre Paciente: _____ **Fecha:** _____
Hora: _____ **H.C.:** _____

APRECIADO USUARIO: Usted va a ser sometido a un procedimiento diagnóstico no invasivo por parte del servicio de laboratorio clínico: toma de muestras. En este documento se explica en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leer con atención este documento; en señal de conformidad con la información recibida y con la realización del procedimiento planteado, deberá firmar el formato correspondiente. Cumplido este requisito procederemos a realizar el procedimiento.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Este es un procedimiento para obtener muestras de sangre, orina y otros fluidos (frotis vaginal, secreción y líquido) con el fin de realizar exámenes de laboratorio.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: La venopunción es la extracción de sangre de una vena, tomada por un profesional de la salud.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO: Los más frecuentemente descritos son:

- Leve dolor y ardor en el sitio de inserción de la aguja, que ceden en cuanto ésta se retira.
- Hematomas (morados) pequeños que mejorarán espontáneamente y, o con medidas locales como hielo inicialmente y paños de agua tibia en los días siguientes.
- Náusea, vómito 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 hacerse presión suave en el sitio de punción con un algodón seco por unos 2 a 5 minutos.
- Leve irritación del meato urinario
- Molestia por exposición de los genitales

RIESGOS PARTICULARES: son infrecuentes, pero de darse requieren comunicación con el laboratorio y, o con el servicio de urgencias más cercano:

- Hematomas que abarcan una gran área del brazo puncionado.
- Intenso dolor y sensación tipo “corrientazo” y hormigueo que puede presentarse inmediatamente u horas después de la ven punción.
- Infección en el sitio de punción que se manifiesta por enrojecimiento, calor, dolor y posible secreción en el sitio de ingreso de la aguja días después de la obtención de la muestra.

PRECAUCIONES AL REALIZAR EL PROCEDIMIENTO: Por favor informe a nuestro personal si tiene trastorno de la sensibilidad en uno de sus brazos, si le realizan hemodiálisis o si le han realizado una mastectomía de qué lado, para que la ven punción NO se realice en ese brazo.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES: En caso de requerir información al respecto o aclaración del presente documento, solicite asesoría de su médico o de la bacterióloga

(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

FECHA: _____ RESPONSABLE TOMA DE MUESTRA _____

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN: _____



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO**

VERSION: 01

COD: ADX-FT-009

PRIMERO –Yo identificado como aparece al pie de la firma, por medio del presente documento, obrando en calidad de paciente, padre , madre , tutor , cónyuge , Otra (indicarla) ; en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo a la ESE HSJM para que por medio de los profesionales de la salud en ejercicio legal de su profesión, se practique a la paciente arriba indicada el procedimiento VENOPUNCIÓN PARA TOMA DE MUESTRAS como parte de mi tratamiento médico.

SEGUNDO – La ESE Hospital San José de Maicao queda autorizado para llevar a cabo las prácticas de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación advertida o imprevista que a juicio del personal médico a cargo del paciente lo considere obligatorio, de cuyos riesgos he sido debidamente informado.

TERCERO - Se me ha explicado que existen riesgos de imposible o difícil previsión, los cuales, por esta razón, no pueden ser advertidos.

CUARTO - Declaro haber sido advertido que la práctica del procedimiento que he autorizado compromete una actividad donde el servicio de Unidad de toma de Muestras aplica sus conocimientos y técnicas con el ánimo de obtener una mejor condición de salud sin que esto indique siempre un resultado favorable, condición bajo la cual he aceptado la misma.

QUINTO - Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre voluntad.

SÉPTIMO - He recibido claras instrucciones que el consentimiento que otorgo mediante este documento puede ser revocado o dejado sin efecto por mi decisión formal, previa al inicio del procedimiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No.

Firma del Responsable

C.C: No.