



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO DE VENOPUNCIÓN

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-023 VI 31-01-2022

- **Propósito y beneficio del procedimiento:**

La venopunción es un procedimiento frecuente en el laboratorio clínico para la obtención de muestras de suero, plasma y sangre total, las cuales son necesarias para realizar análisis paraclínicos y cuyos reportes son de ayuda para el médico tratante en el momento de esclarecer diagnósticos, monitorizar afecciones de salud o en forma preventiva. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

- **Posibles riesgos y complicaciones:**

En el momento de la toma de muestra de sangre por venopunción sentirá un leve dolor tipo pinchazo. En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones con este procedimiento, como hematoma 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. Una complicación más rara a las mencionadas puede presentarse cuando se pincha algún nervio que se ubica superficialmente en esta zona, lo que puede generar dolor y molestias.

También puede presentarse la necesidad de puncionar varias veces antes de lograr obtener un acceso venoso adecuado para obtener las muestras.

Raramente la ansiedad generada por el procedimiento puede asociarse con sensación de mareo y desmayos, si ha presentado estas reacciones por favor notifique a la persona que realizará la toma de la muestra antes de iniciar el procedimiento e idealmente asista con un acompañante al laboratorio.

- **Recomendaciones:**

Informe al personal del laboratorio si usted tiene algún sitio ideal para la toma de muestra o de lo contrario brinde ambos brazos para que el profesional seleccione el más acorde. Si ha presentado episodios de desmayo relacionados con la toma de la muestra, por favor avísele a la persona que le tomará la muestra.

Una vez que se ha recogido la muestra de sangre, se retira la aguja y se hace presión en el sitio de punción para detener cualquier sangrado. **Por favor mantenga la presión por 1 minuto y no doble el codo.**

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con documento de Identidad número \_\_\_\_\_ autorizo al personal del laboratorio a realizar la *práctica de venopunción* en mí o en el usuario \_\_\_\_\_ conforme a lo ordenado por el médico tratante.

Declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito de este procedimiento y que me fue informado que en caso de que se presenten síntomas intensos o que estos se presenten por fuera de las instalaciones, me debo comunicar con el Laboratorio clínico. Si los síntomas son severos consultaré al servicio de urgencias y notificaré al laboratorio clínico.

Finalmente, manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto a esta prueba, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, que todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente encontrándome en capacidad de expresar mi consentimiento.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO DE VENOPUNCIÓN

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-023 VI 31-01-2022

Firma de la paciente o acudiente: \_\_\_\_\_

Nº de documento de identidad: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Persona distinta al paciente.

Fecha en que se firma: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_.  
Día Mes Año

---

Espacio para diligenciamiento por parte del Laboratorio clínico

---

Nombre de la persona que realiza la toma del examen  
petición

Sede

Número de

### DISENTIMIENTO:

En caso de no querer realizar el procedimiento, Usted puede firmar el siguiente disentimiento.

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con c. c. \_\_\_\_ c. e. \_\_\_\_ otro \_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, actuando  
en nombre propio \_\_\_\_ o en representación de \_\_\_\_\_ (nombre del paciente)  
manifiesto de forma libre y voluntaria que no autorizo que se realice el procedimiento de  
venopunción, asumiendo bajo mi responsabilidad las consecuencias de salud que puedan derivarse  
de esta decisión.

Firma de la persona responsable \_\_\_\_\_

Nº de documento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Persona distinta al paciente.

Nombre del profesional de salud de \_\_\_\_\_

Firma del profesional de salud de \_\_\_\_\_