# Datos de identificación del Paciente

**Nombre**

**Tipo y Nro. de Documento de identidad**

**Etnia:** Afrocolombiano \_\_ Indígena \_\_ Mestizo \_\_ Negro \_\_ Palenquero \_\_ Ninguno \_\_

**Población Vulnerable:** Discapacidad Visual\_\_ De Habla\_\_ Mental \_\_auditiva \_\_ Restricciones De Movilidad \_\_ otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_

**El Consentimiento informado:** Es la manifestación libre y voluntaria que una persona da por escrito luego de una asesoría preprueba, autorizando que se le realice el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

# Propósito y beneficio de la prueba

La prueba que se le va a realizar, (prueba rápida o convencional de Elisa para VIH) es utilizada para precisar si una persona está infectada, o no, con el VIH mediante la determinación en sangre de los anticuerpos (defensas producidas por el organismo) contra este virus.

El propósito de realizar está prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado(a) con el virus, así como la posibilidad de prevenir la infección en el hijo/a que espera si es su caso, si usted llegase a estar infectado(a) con el VIH.

# Interpretación de la prueba

El primer paso que se llevará a cabo es examinar su sangre utilizando una prueba rápida o convencional de Elisa para VIH. Si ésta resulta reactiva, se le repetirá una segunda prueba rápida o convencional de Elisa. Para confirmar el diagnóstico será necesario realizar una prueba de Western Bot. Si el resultado de esta prueba es positivo significaría que usted está infectado(a) con el VIH. Si el resultado es negativo significa que no hay evidencia **en este momento** de la infección.

# Limitaciones de la prueba

Las pruebas de laboratorio son bastantes confiables. Sin embargo, como otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser **falsos positivos**. Falso positivo significa que la prueba presuntiva (Elisa o rápida) fue positiva y la prueba confirmatoria fue **negativa**. En este caso, la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los había.

También se obtienen resultados **falsos negativos** en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente. Esto sucede cuando la prueba se realiza durante el **período de ventana inmunológica**, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de contraer la infección (antes de cumplir tres meses después de tener contacto con el virus) y, por tanto, no existe el volumen necesario de anticuerpos (defensas) que pueda ser detectados por una prueba presuntiva.

Es posible que en la prueba confirmatoria se presenten resultados **Indeterminados**, que significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba posteriormente.

Tenga en cuenta que la prueba no predice si usted permanecerá saludable, presentará síntomas o desarrollará el **Sida** o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema de defensas de una persona como consecuencia de la infección por el VIH.

En caso de que su diagnóstico sea **positivo** requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

# Riesgos de la prueba

A algunas personas cuando se les informa que tienen anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas.

Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general, reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad.

# Deber de informar

En el caso de tener VIH es su deber informar a sus parejas sexuales, para que estas a su vez se acerquen a estos procesos de asesoría en VIH.

Yo, , certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría preprueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas. También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que, según su compromiso, recibiré una asesoría posprueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informado(a) de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

# ACEPTO realizarme la prueba presuntiva o diagnostica de VIH: SI NO

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento para que realicen el procedimiento | **SI** | **NO** |  | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien desempeño el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, los beneficios, riesgos, recomendaciones pre y post procedimiento al paciente, quien refirió entender y aceptar. | |
|  |  |  |
| **Nombres completos** |  | |  |
|  |
| **Tipo y Número de Documento** |  |
|  |  | |
|  |  |
|  | **FIRMA** | |
| **FIRMA** | **HUELLA** | |  | **FECHA** |  |

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR** | |  | **TESTIGO** | |
|  | |  |  | |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** |  | **TIPO ID** | **NRO. IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** | |  | **FIRMA** | |

Como tutor legal o familiar del paciente, sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El profesional me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace, y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, doy mi consentimiento para que él(los) doctor(es), y el personal auxiliar que el (ella) (ellos) precise(n) le realicen este procedimiento