**Datos de identificación del Paciente**

**Nombre**

**Documento de identidad de**

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

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

APRECIADO USUARIO: Usted va a ser sometido a un procedimiento diagnóstico no invasivo por parte del servicio de Unidad de 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 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.

**Riesgos Particulares:**

Son infrecuentes, pero de darse requieren comunicación con el laboratorio y, o con el servicio de urgencias: • 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 venopunción.

• 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 venopunción NO se realice en ese brazo.

**Otras Alternativas Disponibles**:

En caso de requerir información al respecto del presente documento, solicite asesoría de su médico, enfermera o del bacteriólogo.

**Disentimiento:**

En caso de no aceptar y rechazar voluntariamente el procedimiento para VENOPUNCIÓN y/o TOMA DE MUESTRAS propuesta e informada por el personal de salud de la ESE, manifiesto que asumo toda responsabilidad y libero de la misma a la ESE.

**DECLARACIÓN DE FIRMAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento para que realicen el procedimiento de venopunción y/o Toma de muestras | **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 médico 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.