|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER NOMBRE** | | | **SEGUNDO NOMBRE** | | | | **PRIMER APELLIDO** | | | | **SEGUNDO APELLIDO** | | | | |
| ${primer\_nombre} | | | ${segundo\_nombre} | | | | ${primer\_apellido} | | | | ${segundo\_apellido} | | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | | **NUMERO DE DOCUMENTO** | | | | **TIPO DE AFILIACION** | | | | **ASEGURADORA** | | | | |
| ${tipo\_documento} | | | ${documento} | | | | ${afiliar} | | | | ${aseguradora} | | | | |
| **EDAD** | ${edad} | | **SEXO** | ${sexo} | | | **FECHA** | | ${fecha} | | **HORA** | | ${hora} | | |
| **NOMBRE DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se hace avanzar un endoscopio flexible por la boca, obteniéndose una imagen en tiempo real que tras un procedimiento electrónico es trasladado a un monitor donde es valorado por un especialista. Cuando se introduce por vía oral, el endoscopio permite examinar el esófago (esofagoscopia), el estómago (gastroscopia) y parte del intestino delgado (bulbo y segunda porción de duodeno). El médico puede ver áreas de irritación, úlceras, inflamación y crecimiento anómalo de tejidos. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBJETIVO DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificar diferentes patologías y alteraciones de los diferentes segmentos examinados: esófago, estómago, duodeno, como: áreas de irritación, úlceras, inflamación y crecimiento anómalo de tejidos. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BENEFICIOS QUE RAZONABLEMENTE SE PUEDEN ESPERAR DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La endoscopia superior es una técnica que permite al médico visualizar y evaluar el interior de la porción alta del aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno) de una forma directa, ayudando al médico a evaluar los síntomas de dolor abdominal superior, náuseas, vómitos o dificultad para deglutir. Es la mejor prueba para encontrar la causa del sangrado del tracto gastrointestinal superior y todas las diferentes patologías del tracto digestivo superior. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La endoscopia es un procedimiento seguro, las complicaciones son poco frecuentes menos de 1/ 1.000 en los procedimientos diagnósticos , pudiendo llegar a alcanzar el 1% en caso de realizar técnicas terapéuticas entre ellas se encuentra: perforación, sangrado, infección , lesión de alguno de los segmentos estudiado, además de otras complicaciones inherentes al procedimiento que pueden desencadenar en desenlaces fatales, para ello se toman todas las medidas necesarias para que estos riesgos sean mínimos; en caso de no usar sedación, se aplica anestésico local tópico en spray en la garganta, que en ocasiones puede generar alergias, presentar una reacción local o general que excepcionalmente, puede ser grave. Partiendo de la declaración de pandemia por parte de la organización mundial de la salud (OMS) generada por el coronavirus (SARS-Cov-2), se entiende que el riesgo de contagio aún está presente. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI, EXISTEN OTRAS ALTERNATIVAS | | | | |  | | | NO, LA ÚNICA ALTERNATIVA ES NO TRATAR O NO APLICAR EL PROCEDIMIENTO | | | | | | X | |
| **DESCRIBA LAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si necesita una endoscopia alta, no hay alternativas concretas. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RESPUESTAS A INQUIETUDES MANIFESTADAS POR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS INQUIETUDES** | | | | | | | | **RESPUESTA DEL MÉDICO TRATANTE** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **DECISIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Me permito manifestar que he recibido información clara y precisa, acerca del tratamiento o procedimiento que se me va a practicar y que aparece descrito en este mismo formato. El/la profesional que me atiende y cuyo nombre aparece en este formato me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se realiza, el objetivo de practicármelo y los beneficios que razonablemente se pueden esperar del mismo. También me ha explicado los riesgos reales y potenciales, así como los riesgos con relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. También entiendo que estos tipos de riesgos inherentes al procedimiento pueden ocasionar desenlaces fatales.  Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, cabe la posibilidad que durante el procedimiento se evidencien hallazgos que ameriten realizar modificaciones con el fin de proporcionarme el tratamiento adecuado. Igualmente, reconozco que no se me ha garantizado los resultados que se preparan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad medica de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para la ejecución de la Ley 23 de 1981.  Reconozco que se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia personal que pueda aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.  Me permito manifestar que he sido ampliamente informado de la situación de la pandemia generada por el CORONAVIRUS (SARS- Cov-2) Soy consciente de la elevada transmisibilidad del virus, y del riesgo de contagio, el cual se puede presentar en cualquier ambiente dentro y fuera de mi domicilio, en el traslado al centro asistencial o dentro del medio hospitalario; también se me ha informado la posibilidad de ser un portador asintomático y que las diferentes pruebas diagnósticas para detectar el contagio tienen la posibilidad de informar falsos negativos.  Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica, su correcta realización y de la implementación de todas las medidas de bioseguridad, existe el riesgo de contagio, y que este puede generar un Síndrome Respiratorio Agudo Severo, el cual puede ser mortal. Igualmente, reconozco que el actuar medico es una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad.  Autorizo a GASTROQUIRURGICA SAS y a sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención y en recuperación todos los medicamentos, anestésicos o medios de contraste que sean necesarios. Así mismo, autorizo a la institución a tomar las muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológico.  Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas y he recibido respuesta a todas ellas, comprendiendo todo a cabalidad y disponiendo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria, que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, en cuyo caso deberé informar por escrito el cambio de decisión al equipo de salud de la institución.  En consecuencia, manifiesto que he decidido lo siguiente en relación al tratamiento o procedimiento propuesto y avalo mi decisión con mi firma: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **No acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | | | | | ${rec} | | **Acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | | | | | | ${ace} |
| **FIRMA DEL MEDICO** | | | | | | | | **FIRMA DEL PACIENTE** | | | | | | | |
| ${firma\_profesional}  CC. ${cedula\_profesional} | | | | | | | | ${firma\_paciente\_acepta}  CC. ${cedula\_paciente} | | | | Huella  (En caso de que el  paciente refiera no saber firmar) | | | |
| En caso de que el paciente carezca de la competencia necesaria para tomar la decisión, será otra persona la encargada de hacerlo en su lugar, ejerciendo la representación legal. Teniendo en cuenta lo anterior, se delega la decisión según La  ley 73 de 1988 que en su Artículo 5°, traduce el orden a quien se le puede solicitar el consentimiento, para asistir médicamente a una persona. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | ${nombre\_representante} | | | | | | **FIRMA** | | ${firma\_representante} | | | | | |
| **PARENTESCO** | | ${parentesco\_representante} | | | | | | **N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | ${documento\_representante} | | | | | |
| **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por medio de la presente declaro en pleno y normal uso de mis facultades mentales que, sin que exista presión externa alguna para la toma de mi decisión la cual es libre y conociendo los alcances de la misma y ejerciendo el derecho a la autonomía que tengo como paciente y/o representante legal, REVOCO la autorización entregada a la Clínica Gastroquirúrgica SAS. Para mi estudio diagnostico y/o procedimiento quirúrgico, que me fue informado anteriormente sobre el propósito de la atención, las ventajas, complicaciones, molestias, riesgos, y haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión y eximiendo al médico tratante, al equipo de salud y a la institución de toda responsabilidad. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA DEL PACIENTE** | | | | | | | | **EN CASO DE QUE EL PACIENTE CAREZCA DE COMPETENCIA PARA FIRMAR, PROCEDE A FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | |
| ${firma\_paciente\_rechaza} | | | | | | | | ${firma\_representante\_rechaza} | | | | | | | |