|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEDACION** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con previa valoración pre-anestésica, el medico realiza la administración de un sedante vía intravenosa con el propósito inicial de deprimir el nivel de conciencia del paciente permitiendo que él mantenga el control independiente y continuo de su vía aérea. Durante este procedimiento el medico realiza monitorización continua de signos vitales, vigilancia de la función ventilatoria y el nivel de consciencia, garantizando en todo momento la permeabilidad de la vía área. Al finalizar la sedación, el medico realiza una nueva valoración al paciente posterior al procedimiento, con el fin de verificar que se encuentre en adecuadas condiciones descartando complicaciones post - sedación y evaluar que se cumplan con los criterios para el alta médica. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBJETIVO DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La sedación es una práctica médica que tiene como objetivo aliviar la ansiedad de los pacientes, evitar su malestar y disminuir la memoria durante los procedimientos, logrando conseguir una buena calidad percibida, gracias a la supresión del dolor y así mismo, evitar movimientos intempestivos que comprometa la eficacia y seguridad del procedimiento. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BENEFICIOS QUE RAZONABLEMENTE SE PUEDEN ESPERAR DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La sedación es una técnica que le permite al médico deprimir el nivel de conciencia del paciente aliviando su ansiedad, con el fin de llevar a cabo los procedimientos de tipo diagnostico y/o terapéutico ambulatorios, sin ningún tipo de molestia, logrando conseguir una buena calidad percibida, gracias a la supresión del dolor y así mismo, evitar movimientos intempestivos que comprometa la eficacia y seguridad del procedimiento. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La sedación es un procedimiento seguro, sin embargo, es un procedimiento continuo, y existe la posibilidad que se proceda con el paso del tiempo a una sedación profunda y/o anestesia general, desencadenando el riesgo de pérdida de la sostenibilidad y los reflejos protectores de la vía aérea, siendo una complicación poco frecuente pudiendo llegar a alcanzar al 1% de los casos, y para ello se toman todas las medidas necesarias que permitan minimizar todos los riesgos previstos. Así mismo, los fármacos que se utilizan para la inducción de sedación y analgesia tienen varios efectos secundarios transitorios, lo que con lleva a que los pacientes puedan reaccionar de distintas formas ante su administración, entre ellos se encuentran: Disminución de la saturación de oxígeno, alteración de la tensión arterial, alteración del ritmo cardiaco, también existe la posibilidad del paso de contenido del estómago al pulmón (bronco aspiración), imprevistos cardiovasculares y/o respiratorios, alergia severa a medicamentos, que podrían llevar a depresión cardiorrespiratoria, además de otras complicaciones que pueden desencadenar desenlaces fatales, los cuales son poco frecuentes menos del 0,004%, ya que se toman todas las medidas necesarias para que estos riesgos sean los mínimos. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 realizarse un procedimiento de tipo ambulatorio bajo efectos de sedación, 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.  Autorizo a GASTROQUIRURGICA SAS y a sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención y en recuperación todos los medicamentos o anestésicos que sean necesarios.  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 con el 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, 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} | | | | | | | |