

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO		FECHA 16/07/2024
¿QUÉ LE VAMOS A HACER? <p>Qué objetivos persigue: Obtener una muestra de sangre confiable que garantice la identidad, integridad, continuidad, seguridad y el registro de la misma para el análisis correspondiente.</p> <p>Descripción de la actuación: En qué consiste: En la obtención de la muestra sanguínea de cualquier vena del miembro superior que esté en condiciones de ser utilizada para la extracción.</p> <p>Cómo se realiza: Se ubica al paciente en posición sedente. Se palpa la vena y se coloca el torniquete para evidenciarla mejor Se descontamina con alcohol el área de la extracción, se introduce la aguja en la vena. Luego se toma la muestra, halando el embolo de la jeringa hasta obtener el volumen requerido y se afloja el torniquete Se extrae la aguja y se coloca un algodón con leve presión sobre el sitio de la punción, finalmente se coloca curita.</p> <p>Actuaciones previas: Alistar los elementos: alcohol, algodón, jeringa Lavado y sanitización de manos; y uso de elementos de bioseguridad</p> <p>Recomendaciones: Consulte al médico si presenta hematoma o sangrado incontrolable.</p> <p>Duración: De 3 a 5 minutos.</p>	¿QUÉ RIESGOS TIENE? <ol style="list-style-type: none">Riesgos generales típicos del procedimiento: Dolor, hematoma o morado.Riesgos personalizadosAdemás de los riesgos anteriormente citados, por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones .F.Molestias probables del procedimiento y sus consecuencias. Puede causar ardor o dolor mínimo a la punción. Nerviosismo o mareo.Beneficios de la actuación a corto y mediano plazo: Este procedimiento puede detectar diferentes enfermedades. Este procedimiento lo puede calificar con restricción o no para ejercer su ocupación u oficio.	
Conviene que lea y pregunte cualquier duda que tenga al respecto.		
CONSENTIMIENTO		
Declaro que he sido informado verbalmente, he leído y entendido la información correspondiente al procedimiento que se me va a realizar, pude formular las preguntas que tenía y encontré las respuestas que me permiten comprender los beneficios, riesgos, efectos y posibles complicaciones del procedimiento. Recibo una copia de mi aceptación y conozco ya a quién acudir en caso de cualquier complicación posterior a su práctica. En constancia doy mi consentimiento y firmo: NOTA: En caso de no dar consentimiento al procedimiento, la disposición de atención del equipo asistencial no cambia y proporcionará las alternativas de tratamiento, con las limitaciones, que su decisión genera.		
 <hr/> MAURICIO SALAS REGISTRO 2899	 <hr/> EVELYN PAOLA APARICIO SUAREZ C.C. 1092355127	
Declaro que a pesar de haber sido informado verbalmente, haber leído y entendido la información correspondiente al procedimiento que se me va a realizar, así como de formular las preguntas que tenía y encontrar las respuestas que me permitieron comprender los beneficios, riesgos, efectos y posibles complicaciones del procedimiento. En constancia NO DOY MI CONSENTIMIENTO y firmo: <hr/> <hr/>		