|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. HISTORIA CLÍNICA |  | FECHA | DD | MM | AAAA |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PACIENTE |  | | | DOC. ID. |  |
| EDAD |  | | | SEXO |  |
| SERVICIO |  | CAMA |  | EPS |  |
| ACUDIENTE |  | | | PARENTESCO |  |
| DX PRINCIPAL |  | | | TIPO DX |  |
| 1. DESCRIPCION DE TRATAMIENTO TERAPEUTICO | | | | | |
| La flebotomía es un procedimiento terapéutico que se realiza para disminuir la viscosidad de la sangre y normalizar el hematocrito (por debajo de 45% en hombres y 42% en mujeres), lo cual permite mejorar el transporte de oxígeno y prevenir la aparición de fenómenos trombóticos. | | | | | |
| 1. OBJETIVO GENERAL | | | | | |
| Extraer una cantidad de sangre de manera que el paciente se beneficie de la misma. Bien disminuyendo la masa de glóbulos rojos en los casos de que esté aumentada, o bien para disminuir la cantidad de hierro del organismo en los casos en que sea necesario. | | | | | |
| 1. BENEFICIOS ESPERADOS CON EL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO RECIBIDO | | | | | |
| La flebotomía terapéutica, tiene varios beneficios, entre ellos:  Aliviar síntomas de hiperviscosidad  Mejorar el transporte de oxígeno: La flebotomía puede mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos.  Prevenir trombosis: La flebotomía puede prevenir la aparición de fenómenos trombóticos.  Tratar trastornos sanguíneos: La flebotomía puede tratar trastornos sanguíneos que elevan los niveles de hierro en la sangre.  Controlar síntomas y complicaciones: La flebotomía puede controlar los síntomas y las complicaciones de trastornos sanguíneos. | | | | | |
| 1. RIESGOS Y COMPLICACIONES | | | | | |
| La flebotomía es un procedimiento seguro que tiene pocos riesgos, pero puede presentar complicaciones como:  Moretones: La sangre puede salir de la vena y coagularse debajo de la piel.  Mareos y desmayos: Pueden ocurrir en pacientes con miedo a las agujas o si la presión arterial baja.  Reacción vasovagal: Una respuesta física del sistema nervioso que puede provocar mareos, sudoración excesiva y una disminución de la frecuencia cardíaca o la presión arterial.  Infecciones: Pueden producirse infecciones e inflamaciones en el acceso venoso (flebitis). | | | | | |
| 1. ALTERNATIVAS DISPONIBLES | | | | | |
| No se cuenta con otro tipo de alternativas que remplacen el procedimiento | | | | | |
| 1. RIESGOS DE NO TRATARSE O ACEPTAR EL PROCEDIMIENTO | | | | | |
| No realizar el tratamiento puede conllevar a complicaciones en la salud del paciente relacionadas con problemas de coagulación | | | | | |
| 1. ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| En caso de requerir más información sobre el procedimiento a realizar, diríjase con su médico tratante o con el profesional que va a realizar el procedimiento y aclare sus dudas | | | | | |
| 1. DECLARACIÓN DEL PACIENTE | | | | | |
| Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la esencia y el propósito de este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento.  Doy mi consentimiento para que me realicen el procedimiento descrito anteriormente y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes mediante la realización de este, a criterio de los profesionales que lo llevan a cabo.  Nombre del paciente: ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 1. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (SOLO EN CASO DE MENORES DE EDAD, PACIENTE INTERDICTO, ANALFABESTISMO O EN CONDICIÓN DE LIMITACIONES MENTALES) | | | | | |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sé que el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con Nº de identificación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento. También se me han explicado los riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas de los resultados del procedimiento. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que los profesionales tratantes y el personal auxiliar que precise, le realicen este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se considere oportuno.    Firma del acudiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 1. DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE | | | | | |
| Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como profesional tratante, he informado al paciente sobre la esencia y el propósito del procedimiento descrito anteriormente, de sus alternativas, posibles riesgos, resultados esperados y que no existen garantías absolutas de los resultados del procedimiento.  Firma del profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. Registro profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 1. DISENTIMIENTO | | | | | |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rechazo el procedimiento descrito anteriormente y conozco las posibles consecuencias para mi salud de no realizarlo. Además, entiendo, que a pesar de no aceptarlo puedo continuar recibiendo atención en esta institución.    Firma del paciente o responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 1. REVOCABILIDAD | | | | | |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro la revocación del consentimiento informado firmado en la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el que consentí la realización del procedimiento denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, entendiendo con esto las consecuencias para mi salud de no realizarlo y tras la información recibida NO consiento la realización del procedimiento indicado por el motivo de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Firma del paciente o responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |