	<b>MEINTEGRAL S.AS</b>		<b>Código: M-F CL-26</b>	
	<b>FORMATO</b>		<b>Versión 1.0</b>	<b>Año: 2015</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>		<b>Página: 1 de 2</b>	

<b>Nombre y apellido del paciente:</b>	<b>Identificación:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	
			M	F
<b>Nombre y apellido del médico que informa:</b>	<b>Registro Médico:</b>	<b>Fecha:</b>	D	M A


**NORMAS VIGENTES:**  
Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 DE 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipado (Arts. 15 y 16).  
Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

**EN QUÉ CONSISTE:**  
Tiene usted una enfermedad grave que requiere la realización de procedimientos médicos y de enfermería invasivos para ser tratada su enfermedad, antes de que aparezcan complicaciones más graves. Estas intervenciones deben realizarse como parte del manejo del paciente de forma programada alguna y de forma urgente otras, aunque no dispongamos de un diagnóstico cierto, ya que su estado no permite esperar a la realización de otras pruebas.  
En su caso y en este momento, pensamos que el diagnóstico probable es:

---

Aclaro que los servicios no ofertados en esta Agencia, será realizados en alguna de las otras Agencias de MEINTEGRAL S.A.S que cuente con el servicio. De lo contrario será remitido a otra IPS, autorizada por la EPS a la que pertenezca el paciente.  
Cabe la posibilidad de que durante la estancia haya que realizar los siguientes procedimientos:

1. INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL Y LÍNEAS ARTERIALES	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Medición de la presión venosa central</li> <li>o Administración simultánea de múltiples infusiones</li> <li>o Administración de drogas vasoactivas</li> <li>o Quimioterapia</li> <li>o Administración de antibióticos e infusiones por largos períodos</li> <li>o Malos accesos venosos periféricos</li> <li>o Nutrición parenteral</li> <li>o Procedimiento dialítico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hematoma</li> <li>o Hemotórax</li> <li>o Neumotórax</li> <li>o Trombosis asociada a los catéteres</li> <li>o Infección en el sitio de inserción</li> <li>o Infección sanguínea asociada al catéter</li> </ul>
2. INTUBACIÓN OROTRAQUEAL	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Aislamiento y protección de la vía aérea</li> <li>o Ventilación con presión positiva</li> <li>o Aspiración de secreciones</li> <li>o Aporte de una FIO2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Sangrado</li> <li>o Infección</li> <li>o Intubación selectiva del bronquio derecho</li> <li>o Lesión de los dientes, mucoso bucal o faringe</li> <li>o Extubación accidental</li> </ul>
3. MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CEREBROCARDIOPULMONAR	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Oxigenar la sangre y hacerla circular</li> <li>o Prolongar la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Fractura de las costillas</li> <li>o Colapso pulmonar</li> <li>o Necesidad de ventilación mecánica invasiva</li> <li>o Contagio de infecciones o enfermedades</li> </ul>
4. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Asegurar una adecuada liberación de oxígeno para mantener los órganos vitales</li> <li>o Adecuado crecimiento y desarrollo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Alergias</li> <li>o Transmisión de infecciones</li> </ul>
5. TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Recuperar la función renal</li> <li>o Mejor control metabólico y del estado ácido base</li> <li>o Mejora el pronóstico del paciente</li> <li>o Estabilidad hemodinámica</li> <li>o Mejor manejo y control de la nutrición parenteral total</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Infección en el sitio de inserción del catéter</li> <li>o Hematoma</li> <li>o Alteraciones hidroelectrolíticas</li> <li>o Sangrado en el sitio de la inserción</li> <li>o Alteraciones de la coagulación hipovolemia</li> </ul>
6. INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Fácil abordaje</li> <li>o Técnica sencilla</li> <li>o Administración de fármacos y líquidos</li> <li>o Hidratación en pacientes con intolerancia oral</li> <li>o Transfusión de Hemocomponentes</li> <li>o Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Infección en el sitio de inserción</li> <li>o Hematoma</li> <li>o Flebitis</li> <li>o Extravasación de líquidos</li> </ul>

	<b>MEINTEGRAL S.A.S</b>		<b>Código: M-F CL-26</b>	
	<b>FORMATO</b>		<b>Versión 1.0</b>	<b>Año: 2015</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>		<b>Página: 1 de 2</b>	

7. INSERCIÓN DE CATETER URINARIO	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Control de la diuresis</li> <li>o Vaciado de la vejiga en caso de retención urinaria</li> <li>o Obtención de una muestra de orina estéril</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Sangrado</li> <li>o Trauma uretral</li> <li>o Infección urinaria</li> <li>o Obstrucción del catéter</li> </ul>

8. REFERENCIA A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Atención por medicina especializada</li> <li>o Mejorar la calidad de la atención</li> <li>o Realización de procedimiento de mayor nivel de complejidad</li> <li>o Prolongar la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o No pertinencia</li> <li>o Negación de la remisión</li> <li>o Diagnóstico errado</li> <li>o Muerte durante el traslado</li> </ul>

9. ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Visión cercana del interior de tracto digestivo</li> <li>o Diagnósticos terapéuticos</li> <li>o Obtención de toma de muestra de tejidos</li> <li>o Control de sangrado activo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Sangrado</li> <li>o Infección</li> <li>o Arritmia</li> <li>o Lesión o perforación del tracto digestivo</li> <li>o Bronco-aspiración</li> </ul>

10. ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Visualización de estructuras que en otros estudios o en un ecocardiograma común pueden no ser visibles</li> <li>o Información más detallada del corazón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Náuseas</li> <li>o Incomodidad en la boca/garganta</li> <li>o Lesión en el esófago</li> <li>o Infección</li> <li>o Sangrado</li> </ul>

5. TROMBOLISIS	
BENEFICIOS	RIESGOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Es una técnica segura y efectiva para restablecer el flujo sanguíneo en un vaso</li> <li>o Es menos agresiva que la cirugía abierta</li> <li>o La estancia hospitalaria y el período de recuperación son más cortos</li> <li>o No hay pérdida de sangre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Infección</li> <li>o Sangrado en cualquier parte del cuerpo debido al anticoagulante administrado.</li> <li>o Alergia a los contrastes yodados</li> <li>o Puede existir daño renal en los pacientes con diabetes y/o lesión renal previa, secundarios al contraste yodado</li> </ul>

Otros procedimientos:

BENEFICIOS	RIESGOS

**Declaro** que he sido informado por el equipo médico de los riesgos de los procedimientos, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento

Estoy **satisfecho** con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas

En consecuencia ☐ SI ☐ NO ☐ Doy mi consentimiento para la realización de los procedimientos que requiero durante la estancia

Firmas y documento del paciente - Testigo y Médico, representante o tutor legal

Usuario	Médico	Tutor o representante legal
C.C	C.C	C.C

#### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (NO APLICA PARA NEONATOS - PEDIÁTRICOS)

Con fecha ..... Revoco el consentimiento informado y no deseo proseguir con la realización del procedimiento autorizado que doy con esta fecha por finalizado

Usuario	Médico	Tutor o representante legal
C.C	C.C	C.C

\* Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, e.t.c)

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Referente Nacional Seguridad Paciente	Asesor Jurídico	Coordinador Médico