	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FO-CE-009-V001
		Página 1 de 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Fecha: _____

Nombres y Apellidos del Paciente: _____

TD: _____ No. Documento: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA:

Descripción del Procedimiento Propuesto (seleccione el que corresponda):

- **Cateterismo Venoso Periférico:** Procedimiento a través del cual con toda la técnica aséptica se punciona un conducto venoso con un catéter especial ya sea para tomar una muestra de sangre o para dejar instalado un catéter venoso temporalmente.
- **Curaciones:** Procedimiento realizado sobre una herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización.
- **Retiro de puntos:** consiste en retirar los hilos o las grapas de las heridas, luego que haya transcurrido el tiempo indicado para hacerlo.
- **Retiro de dren Sonda a tórax, Catéter Central y/o PICC:** Extracción mediante técnica aséptica y por personal capacitado de catéter o dren en caso de tenerlos.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO QUE SE ESTÁ PROPONIENDO: Facilitar el diagnóstico, y tratamiento médico ordenado.


POSIBLES ALTERNATIVAS DE MANEJO: No aplica

POSIBLES LIMITACIONES O MOLESTIAS DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN: Dolor, inflamación, molestias en garganta en caso de sondas orogástrica.

CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO Y /O CENTRAL: Dolor y dificultad para la movilidad de la extremidad puncionada, hematoma.

POSIBLES COMPLICACIONES Y RIESGOS CON MAYOR PROBABILIDAD ESTADÍSTICA DE OCURRENCIA:

- **Catéter venoso periférico, Canalización y retiro de aguja de catéter implantable:** Flebitis, infiltración, extravasación, infección localizada y sistémica.
- **Curaciones:** Infección, necrosis (muerte de tejido corporal), dehiscencia (separación de herida) de la sutura

	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FO-CE-009-V001
		Página 2 de 3

- **Retiro de puntos, dren Sonda a tórax, Catéter Central y/o PICC:** Infección local y en casos más graves generalizada.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

YO, _____ DECLARO:

1. Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
2. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el procedimiento propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
3. Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
4. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____


DATOS DEL MÉDICO /ESPECIALISTA:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aun cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que este procedimiento significa, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de este procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FO-CE-009-V001
		Página 3 de 3

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____

DESESTIMIENTO

REVOCO el consentimiento dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente _____)

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____