

## CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACION DE PARED ABDOMINAL

Versión 4 Fecha: abril 20 de 2023

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Tipo y Número de identificación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Tome el tiempo que requiera para tomar su decisión antes de firmar este consentimiento. Recuerde que tiene derecho a hacer preguntas al personal médico sobre el procedimiento y se le recomienda hacerlas antes de aceptarlo.**

**A. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APOYO.** *En caso de tratarse de un menor de edad o personas en situación de discapacidad que limite la toma de decisiones este documento deberá ser firmado por el paciente y por su representante legal o apoyo responsable.* Nombre: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco/Tipo de representación legal: \_\_\_\_\_

**B. PROFESIONAL QUIEN REALIZA EL PROCEDIMIENTO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro Médico \_\_\_\_\_

Sin embargo, cualquiera de los profesionales de EMDIAGNOSTICA SAS podrá participar o realizar mi procedimiento.

**C. INDICACIÓN**

Este procedimiento fue ordenado por el Dr. \_\_\_\_\_ en consideración a que en su calidad de médico tratante ha considerado conveniente y pertinente su realización en razón a \_\_\_\_\_

**D. EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

a. Objetivos y beneficios

La infiltración de pared abdominal es un procedimiento terapéutico para controlar el dolor originado en la pared abdominal luego de que se ha diagnosticado adecuadamente.

b. Descripción de la ejecución

Con el paciente habitualmente en decúbito supino (acostado boca arriba) y, tras la desinfección con alcohol o yodopovidona se procede a inyectar lidocaína al 1- 2% en cada punto de dolor detectado, sin exceder 10 cc por sesión.

**E. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE:**

I. El paciente relaciona como antecedentes o condiciones médicas relevantes los siguientes:

- Alergias medicamentosas. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_
  - Alteraciones de la coagulación. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_
  - Enfermedad coronaria (Infartos), arritmias cardíacas, existencia de prótesis valvulares o marcapasos. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_
  - Enfermedad Pulmonar crónica SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Requerimiento permanente de oxígeno SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Apnea del sueño SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Enfermedades hepáticas o renales severas SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Enfermedades severas del Sistema Nervioso Central SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Farmacodependencia SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  - Se encuentra en embarazo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ No Aplica \_\_\_\_\_
  - Antecedentes de complicaciones debidas a anestésicos en procedimientos odontológicos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- II. Declaro que SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ estoy consumiendo medicamentos. Cuál(es) \_\_\_\_\_

Declaro que, con excepción de los antecedentes expresamente relacionados en el presente consentimiento, no he informado o advertido de cualquier otro antecedente que contraindique el tratamiento, intervención o procedimiento cuya ejecución autorizo mediante la firma del presente documento.

**F. EXPLICACION DE LAS ALTERNATIVAS:** Dentro del proceso de información que da lugar a la firma del presente consentimiento me han sido explicadas las alternativas existentes para apoyar el tratamiento de mi condición clínica. Así mismo, me han explicado las razones por las cuales la INFILTRACION DE PARED ABDOMINAL se considera el más aconsejable, de acuerdo con la indicación del médico tratante.

**G. POSIBILIDADES DE NO MEJORIA O NO OBTENCION DEL RESULTADO**

Entiendo y acepto que en todo procedimiento, intervención o tratamiento médico es posible que no se alcancen los objetivos descritos en el tratamiento y que, en este caso, no sea posible finalizar el procedimiento, obtener certeza diagnóstica sobre su condición clínica o alcanzar los resultados terapéuticos buscados.

## H. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS

**Generales:** Excepcionalmente se pueden presentar complicaciones como sangrado, usualmente escaso y en el sitio de la punción o un ligero eritema o enrojecimiento sobre la zona. La frecuencia de reacciones alérgicas de mayor complejidad o de sangrado que requiera medidas terapéuticas adicionales es informado en la literatura como "raro" o "casi inexistente". Se me ha explicado que las complicaciones de tipo alérgico no son predecibles a menos que se cuente con antecedentes positivos al respecto.

## I. NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES

Las obligaciones asumidas por el profesional y por la institución son obligaciones de medio y no de resultado. Por lo anterior, tanto el profesional como la institución ponen a su disposición la experiencia, pericia, prudencia y diligencia para ofrecer un servicio seguro y de calidad, pero no se comprometen a obtener un resultado ni a eliminar los riesgos previsible o imprevisibles que puedan desprenderse del tratamiento, intervención o procedimiento. En esa medida soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente las posibilidades absolutas y relativas de lograr los objetivos indicados, acepto y entiendo que los resultados pueden variar dependiendo de mi condición clínica y que, por tanto, **NO** se pueden garantizar los resultados.

**J. NO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA.** Me ha sido informado que tengo derecho a no dar mi consentimiento para el presente procedimiento, y que tengo derecho a revocarlo luego de haberlo otorgado para lo cual se diligenciará la sección correspondiente a "Disentimiento informado". En cualquiera de los dos casos tanto el médico o profesional de la salud, como la institución, quedan a disposición del paciente para el momento en el que decida realizar el procedimiento, intervención o tratamiento, contestar las dudas o inquietudes que tenga o valorar alguna de las alternativas.

## K - DECLARACIONES

- 1- Declaro que he tenido acceso a la información que se encuentra consignada en el presente documento con anterioridad a la realización del procedimiento o intervención y que he tomado el tiempo suficiente para analizar la información previo a la firma del presente consentimiento.
- 2- Declaro que todos los espacios del presente documento fueron llenados con anterioridad a su firma, y, por tanto, consiento y acepto su contenido.
- 3- Declaro que no concurre en mi ninguna circunstancia que pueda afectar mi voluntad o consentimiento, y que, por tanto, pueda viciar la autorización otorgada mediante la firma del presente documento.
- 4- Declaro que he comprendido la información que me ha sido clara y oportunamente suministrada y que he tenido la oportunidad de hacer las preguntas y aclarar las dudas relacionadas con el procedimiento, tratamiento o intervención.
- 5- Declaro que, de conformidad con la información oportuna y claramente suministrada, otorgo a Emdiagnostica S.A.S y al profesional designado por la institución, mi consentimiento libre, informado y cualificado para la ejecución del tratamiento o procedimiento propuesto.
- 6- CONSIENTO Que se me realice INFILTRACION DE PARED ABDOMINAL SI (  ) NO (  )
- 7- OBSERVACIONES ADICIONALES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal o apoyo

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

\_\_\_\_\_  
Identificación

\_\_\_\_\_  
Identificación

\_\_\_\_\_  
R.M.

## DISENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que **renuncio** expresa, libre y voluntariamente al procedimiento, tratamiento o intervención propuesto por los profesionales de Emdiagnostica.

Declaro que me han sido explicados de forma clara y oportuna las indicaciones del procedimiento, tratamiento o intervención y de las consecuencias que trae consigo la no realización del procedimiento o intervención.

Declaro que la decisión sobre la no realización del procedimiento, tratamiento o intervención es una determinación libre y voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

R.M. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Identificación

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal o apoyo

\_\_\_\_\_  
Identificación