

Fecha

Tipo – Nro Id

Nombre Paciente

Domicilio

Teléfono

Entidad

El Laboratorio Clínico Ximena Caicedo E.U. en sus programas de calidad y seguridad, tiene establecidos protocolos para la toma de exámenes de laboratorio. Procederemos a tomarle una muestra (sangre, secreciones, escamas de piel) según su orden médica, que será procesada en el laboratorio, garantizando la seguridad de la muestra, la confiabilidad de los análisis y del resultado. El resultado de los análisis será entregado dentro del período de tiempo informado directa y oralmente por la bacterióloga que lo atienda, previo al momento de la toma de la muestra.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS DE LABORATORIO GENERAL

El proceso de toma de muestra, especialmente los de sangre, en la medida que es invasivo, para cualquier persona y en especial para aquellas en las que pueda generar reacciones físicas, psicológicas o de otro orden, manifiesto que:

- La toma de la muestra conlleva algunos riesgos como dolor, ansiedad, sangrados excesivos, pérdida del sentido momentáneo.
- El laboratorio remite algunas pruebas a otros asociados de negocios, envío que es controlado en óptimas condiciones y la calidad de dichos centros es monitoreada permanentemente.
- Entiendo que el laboratorio se hace responsable de la toma y la guarda de la muestra hasta por el tiempo indicado, pero no se hace responsable por la intervención ilícita por terceros.
- Que para garantizar la calidad, seguridad y reducción del riesgo de estos procesos se grabara el procedimiento mediante video, para lo cual autorizo el uso de estas imágenes.

EN EL CASO DE INFANTES

- Autorizo al profesional que atienda al infante por el que tengo la custodia para que realice el proceso de toma de muestra bajo mi responsabilidad.
- Que por la edad del menor y por las reacciones que de todo orden pueda generar la toma de muestras, me comprometo a apoyar la toma de la misma y conozco la dificultad del proceso, los necesarios elementos de inmovilización para el menor y el riesgo que ello implica. Que las complicaciones más comunes son entre otras: la pérdida del sentido momentáneamente, movimientos de medianos a violentos; que el menor en los procesos invasivos puede sentir dolor y reaccionar ante tales circunstancias produciendo algunas señales físicas como hematoma y/o morado.

Dando respuesta a la orden de su médico se le hará la siguiente prueba (marque la prueba con una x)

- Secreción Uretral _____
- Test de o 'Sullivan: 50gr de glucosa y extracción a los 0, 60, 90, 120, minutos _____
- Test de tolerancia a la glucosa (TTOG): 75 gr de glucosa y extracción a los 120 minutos _____
- Curva de glicemia: 100 gr de glucosa y extracción a los 60,120 y 180 minutos _____

Contraindicaciones: 1 y 2: Puede sentirse ardor, escozor o una ligera molestia con el examen pélvico cuando se inserta el hisopo. **3-4-5:** La prueba puede provocar algún efecto adverso como: náuseas, mareos, malestar general, vómitos. El paciente debe informar al personal del laboratorio si aparece alguna otra sintomatología. En el embarazo puede producir movimientos aumentados del bebé. Por las punciones repetidas para la extracción de la sangre se pueden formar hematomas (morados en la piel).

La información obtenida, resultado de las pruebas, y demás datos personales se guardará en su historia clínica, la cual forma parte de los archivos del programa Resultadoslab CS, se mantendrá archivada bajo medidas de seguridad, y de acuerdo la ley de Protección de Datos (Habeas Data).

DECLARO: Que entiendo la necesidad de la prueba propuesta y que he tenido la ocasión de formular todas las preguntas que he creído convenientes en relación a dicha prueba y estoy satisfecho/a de la información recibida sobre la prueba.

EN EL CASO DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS O CON DISCAPACIDAD COGNITIVA. Certifico que tengo la autoridad legal para firmar este consentimiento informado como representante del paciente.

Firma Profesional

**Firma Representante
y/o paciente**

DISSENTIMIENTO

Declaro que después de haber sido ampliamente informado sobre los procedimientos he tomado la decisión de NO PERMITIR LA REALIZACION DE LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO.

Firma Profesional

**Firma Representante
y/o paciente**