


FECHA	SEDE	SERVICIO

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	Nº HC	EPS

**2. INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO**

A. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	B. DESCRIPCIÓN	C. OBJETIVO	D. BENEFICIOS ESPERADOS	E. RIESGOS Y/O COMPLICACIONES	F. OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES	G. RIESGOS DE NO TRATARSE
Inserción de catéter venoso central	Instalación de un catéter, dentro del espacio intravenoso central a través de la punción de una vena periférica.	Contar con un acceso venoso de mayor calibre que permita la administración de cristaloides en grandes volúmenes y administración medicamentos.	Disminución de la punciones durante la atención. Administración de medicamentos de alto riesgo. Mayor comodidad	Neumotórax Sangrado Infección Dolor	Evaluar la indicación y el criterio para la inserción del catéter, determinar la importancia en el tratamiento terapéutico  No aceptación del procedimiento	Deterioro del estado de la salud.  No se garantizará la administración de medicamentos venosos.  No se garantiza la administración de
Inserción de línea arterial	Instalación de un catéter, dentro del espacio intravenoso arterial a través de la punción de una arteria.	Introducir un catéter en una arteria con fines diagnósticos y/o terapéuticos.	Disminución de las punciones durante la atención. Se pueden obtener muestras	Hematoma. Trombosis. Infección. Lesión del nervio contiguo.	Evaluar la indicación y el criterio para la inserción del catéter, determinar la importancia en el tratamiento terapéutico	Deterioro del estado de la salud.  No se garantizará la administración de medicamentos

	<b>FORMATO</b>	<b>Código: FT-02-014-GSP</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS</b>	<b>Versión: 02</b>
		<b>Vigencia: Octubre de 2019</b>

			arteriales en cualquier ocasión sin generar dolor en el paciente		En caso de no estar de acuerdo con el procedimiento, debe quedar registro con la firma del responsable.	venosos.
Inserción de catéter Mahurca	Instalación de un catéter, dentro del espacio intravenoso central a través de la punción de una vena periférica para la realización de la hemodiálisis	Introducir un catéter central que permita la realización de la hemodiálisis.	Compensación del estado hemodinámico de los pacientes	Sangrado Infección Dolor Según ubicación Hemoneumoto rax	En caso de no estar de acuerdo con el procedimiento, debe quedar por escrito la no autorización de la inserción del catéter.	Deterioro del estado de salud generando complicaciones graves que pongan en riesgo la vida del paciente.

## H. INFORMACIÓN ADICIONAL

En caso de requerir más información sobre el procedimiento a realizar, diríjase a: [www.promedanips.com](http://www.promedanips.com)

## 3. 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.

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

CC: \_\_\_\_\_



	<b>FORMATO</b>	Código: FT-02-014-GSP
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS</b>	Versión: 02
		Vigencia: Octubre de 2019

#### 4. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (Sólo en caso de menor de edad, paciente interdicto y/o analfabetismo)

Yo \_\_\_\_\_ sé que el paciente \_\_\_\_\_ con N° 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 de quien autoriza: \_\_\_\_\_  
 CC: \_\_\_\_\_



#### 5. DECLARACION 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: \_\_\_\_\_  
 CC: \_\_\_\_\_  
 N° Registro Profesional: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_

#### 6. 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: \_\_\_\_\_



	<b>FORMATO</b>	<b>Código: FT-02-014-GSP</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS</b>	<b>Versión: 02</b>
		<b>Vigencia: Octubre de 2019</b>

## 7. 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: \_\_\_\_\_

