

REGISTRO CLINICO DEL PACIENTE

REGISTRO CLINICO No. _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____
 IDENTIFICACION: _____ EPS: _____ DIRECCION: _____
 TELEFONOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ACUDIENTE: _____ PARENTESCO: _____ TELEFONO: _____ CEL: _____
 PORQUE LE ORDENAN SU EXAMEN: _____

ANTECEDENTES MEDICOS				DESDE CUANDO	
PATOLOGICOS: Marque con una "X" SI o NO					
				DESDE CUANDO	
HIPERTENSION	SI	NO			
DIABETES	SI	NO			
ASMA	SI	NO			
EPOC	SI	NO			
ARTRITIS REUMATOIDEA	SI	NO			
GOTA	SI	NO			
TIROIDES	SI	NO			
DIVERTICULITIS	SI	NO			
CANCER	SI	NO			
VIH	SI	NO			

HEPATITIS	SI	NO	
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	SI	NO	
COLITIS ULCERATIVA	SI	NO	
INFARTO	SI	NO	
FIBRILACION AURICULAR	SI	NO	
FALLA CARDIACA	SI	NO	
TROMBOSIS CEREBRAL	SI	NO	
SINDROME INTESTINO IRRITABLE	SI	NO	

OTRA: Cual? _____

CIRUGIAS	SI	NO
----------	----	----

CUAL

ENFERMEDADES IMPORTANTES EN LA FAMILIA _____

TOXIALERGICOS						
FUMA	SI	NO	DESDE CUANDO FUMA		CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA	
FUMO	SI	NO	CUANTOS AÑOS FUMO		CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA	
BEBEDOR			SI	NO	OCASIONAL	
ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO			SI	NO	CUAL	
ALERGICO ALGUNO DE ESTOS ALIMENTOS HUEVO Y/O PROTEINA DE SOYA			SI	NO		

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE	DOSIS	FECHA DE INICIO	VIA ORAL SI/NO
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____

NOS AUTORIZA CONTACTARLO POSTERIOR A LA REVISION DE SUS ANTECEDENTES SI _____ NO _____

FIRMA CON N° DE CC.DEL PACIENTE

REGISTRO CLINICO DEL PACIENTE

REGISTRO DE SEDACION

MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS SUMINISTRADA	VIA DE ADMINISTRACION

CHEQUEO CONDICIONES DEL PACIENTE

EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA	PERMEABLE	NO PERMEABLE	OBSERVACIONES
VERIFICACIÓN TIEMPO DE AYUNO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES

CONTROL DE SIGNOS VITALES

	PESO	TENSIÓN ARTERIAL	PULSO	SATURACION O2	TEMPERATURA
PRE SEDACION					
PROCEDIMIENTO					
POST SEDACION					

OBSERVACIONES

REGISTRO DE ENTREGA DEL PACIENTE

Sale paciente por sus propios medios manifiesta sentirse bien y entiende todas las indicaciones dadas.

Hora de Entrega:

Nombre del Acudiente: _____

Firma del Acudiente: _____
CC.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

NOMBRE _____

EDAD _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

FECHA _____ TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____

DECLARO: Que en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR. ALEJANDRO OROZCO**, para que el profesional de la salud en ejercicio legal de su profesión y con el personal auxiliar de los servicios asistenciales del doctor Alejandro Orozco, se me practiqué la siguiente intervención y/o procedimiento **RECTOSIGMOIDOSCOPIA** debido a que se ha hecho la impresión diagnóstica de

Habiéndome explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos si no se realiza ningún tratamiento.

1. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción de una sonda flexible por el ano se progresa por el recto y sigmoide examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se puede tomar pequeñas muestras de tejidos (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico. Es posible que se presenten cólicos abdominales y una cierta presión debido al aire que es necesario introducirle en el recto.
2. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentar efectos indeseables como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o paro cardíaco, depresión o paro respiratorio, eventos relacionados con el sitio de la venopunción que pueden ser graves y requerir tratamiento médico y quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad. Estas complicaciones son muy raras (menos de 1 por cada 1.000 exámenes). La perforación o la hemorragia pueden ser más frecuentes cuando la RECTOSIGMOIDOSCOPIA se utiliza para aplicar un tratamiento como extirpación de un pólipo.
3. Previa la realización del procedimiento, se me ha indicado la preparación recomendada, indicándome la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio vasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, como la posibilidad de estar embarazada y consumo de sustancias tóxicas.

El doctor Luis Alejandro Orozco queda autorizado para llevar a cabo las prácticas de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación advertida que a juicio del médico a cargo del paciente lo considere obligatorio

Este procedimiento se realizara en la sala de procedimiento del doctor Alejandro Orozco, por el doctor(es) _____, quien se compromete a explicarme todas las instrucciones e información necesaria con respecto a las características y efectos de la intervención cuya práctica he autorizado y a las recomendaciones y posibles riesgos de la sedación en caso de estar está autorizada; al igual que las alternativas diagnósticas y/o terapéuticas posibles, antes de la realización del procedimiento.



También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi consentimiento.

De acuerdo a lo anterior CONSIENTO que se me realice, LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA, debido a que he comprendido y me siento satisfecho con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este procedimiento incluyendo la sedación en caso de estar autorizada, en un lenguaje claro y sencillo por parte del especialista, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

Acepto Sedación

SI

NO

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

DESESTIMIENTO

Voluntariamente rechazo la siguiente intervención propuesta e informada por el médico tratante.

Asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma al doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

AUTORIZACION PARA LA SEDACION

AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO DE SEDACION CONSCIENTE

DECLARO Que en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR. LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES**, para que el profesional de la salud en ejercicio legal de su profesión y con el personal auxiliar de los servicios asistenciales del doctor Alejandro Orozco, se me practiqué la siguiente intervención y/o procedimiento de sedación.

1. La sedación es un estado médico controlado de depresión de la conciencia que permite mantener todos los reflejos de defensa de la vía aérea, el paciente conserva su habilidad de tener su vía aérea libre en forma independiente y continua, permite una adecuada respuesta al estímulo físico o verbal, hay respuesta a órdenes. Es decir, el paciente está tranquilo, **NO DORMIDO**.
2. Se debe tener acceso venoso permeable, la sedación se realiza vía intravenosa por medio de un catéter este se debe conservar hasta terminar el procedimiento o cuando no exista riesgo de una depresión cardiorrespiratoria.
3. La sedación consciente le permite recuperarse rápidamente y retornar a sus actividades cotidianas poco después del procedimiento.

COMPLICACIONES DE LA SEDACIÓN CONSCIENTE.

Las complicaciones más frecuentes y serias de la sedación consciente corresponden a las cardiopulmonares. Es por esto que se requiere de una mínima monitorización del paciente por personal entrenado en resucitación cardiopulmonar, que cuente con medición seriada de presión arterial y oximetría de pulso constantes. La incidencia de este tipo de complicaciones es baja, no supera la cifra de 2-5/1000 procedimientos.

1. **Hipoventilación e hipoxemia.** Relacionada a la depresión respiratoria que producen los sedantes y analgésicos, más que al paso del endoscopio por la vía aérea. Bastante frecuente, ocurre en aproximadamente un 40% de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos con este tipo de sedación.
2. **Hipotensión.** Condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo. Dada por los fármacos empleados y por reflejos vaso-vagales (Es la forma más común de desmayo).
3. **Desaturación.** Se refiere a la escasez de oxígeno del cuerpo. La saturación de oxígeno normal oscila entre 96% a un 100% cuando el nivel de oxígeno baja pueden incluir síntomas como fatiga, confusión, dolor de cabeza y dificultad para respirar.
4. **Arritmias.** Es una alteración de la frecuencia cardíaca, tanto porque se acelere, disminuya o se torne irregular, siendo más frecuentes en los pacientes que desaturan durante el procedimiento.
5. **Flebitis.** (Inflamación en la pared de una vena) Existe un bajo riesgo con los fármacos mencionados.



El doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES queda autorizado para llevar a cabo las prácticas de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación advertida que a juicio del médico a cargo del paciente lo considere obligatorio.

Si el paciente tiene alguna inquietud se le explicara todas las instrucciones e información necesaria con respecto a las características y efectos del procedimiento de la sedación.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi autorización.

De acuerdo a lo anterior **AUTORIZO** que se me realice la **SEDACION**, debido a que he comprendido y me siento satisfecho con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este procedimiento incluyendo la sedación en caso de estar autorizada, en un lenguaje claro y sencillo por parte del especialista, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

DESESTIMIENTO

Voluntariamente rechazo la siguiente intervención propuesta e informada por el médico tratante.

Asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma al doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE