CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	Código: HOS-FR-158
	Fecha: 24/Junio/2016
Formato: Consentimiento Informado Seguridad del Paciente	Página 1 de 2

NOMBRE PACIENTE: Cristhian David Hernandez

DOCUMENTO: 1192804736 FECHA INGRESO: JUNIO 22. 17

EDAD: 16 ENTIDAD: COOMEVA SERVICIO: UCI

Estimado Usuario, el presente documento tiene por objeto informar e instruir a usted y/o sus familiares medidas que contribuyen aprevenir incidentes o eventos adversos que se derivan de la atención.

RECOMENDACIONES QUE DEBE TENER EN CUENTA DURANTE SU ESTANCIA EN LA CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.

SEGURIDAD EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS:

- Al levantarse de la cama, independientemente del motivo, solicite siempre ayuda al personal de enfermería, presionando el timbre de llamado.
- Espere a que alguien acuda, pues levantarse después de estar en cama o de tomar medicamentos puede provocar mareos.
- Mantenga sus objetos personales como anteojos, teléfono, pañuelo de papelu otros objetosal alcance de su mano. Utilice el botón de llamadacuando necesite ayuda, en especial cuando no pueda alcanzar cualquier elemento que necesite.
- Utilice pantuflas cerradas idealmente con antideslizantes.
- Mantenga siempre la cama a una altura mínima y las barandas arriba.
- Es ***importante la presencia de un acompañante*** o familiar durante TODA su hospitalización (excepto UCI) quien debe asegurar de igual manera el cuidado del paciente siguiendo las recomendaciones del personal asistencial.

En la Clínica Nuestra Señora de los Remedios se evalúa diariamente el riesgo de caída de todos los pacientes hospitalizados. Si usted está en riesgo, será informado de su condición e instruido por la enfermera del turno respecto a los pasos a seguir para evitar caídas, la necesidad de que permanezca inmovilizado para prevenir tanto caída como el retiro de cualquier dispositivo médico requerido para su manejo.

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Tome medicamentos administrados sólo por el personal de enfermería.
- No se auto medique. Todo tratamiento de uso habitual debe ser informado a su médico tratante y ser entregado al personal de enfermeríasi está indicada su administración.
- Al ingreso a las instalaciones informe si tiene antecedentes de alergias, si presenta malestar después de la administración de algún medicamento informe de manera inmediata.

SEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Una úlcera por presión (También conocida como "escaras" o "llagas por presión continua") es provocada por permanecer en una posiciónfija durante un tiempo prolongado.

A continuación, detallamos algunas formas para ayudar a prevenir las úlceras por presión:

- Cambie de posición al menos cada 2 horas. El cambio de posición disminuye la presión y permite que la sangre circule más libremente. Solicite Educación y apoyo del personal de enfermería.
- Levántese y camine, siempre y cuando su médico lo haya autorizado.
- Mantenga su piel limpia y seca. La humedad debilita la piel y provoca que las úlceras por presión ocurran con más facilidad.

000015

SEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

En algunas ocasiones y según la condición clínica será necesario que le sea instalada algún tipo de dispositivo invasivo como: **sonda, tubos, dren y/o acceso venoso** los cuales facilitan la atención médica, dichos dispositivos requieren de su cuidado al movilizarse por eso recomendamos:

- Si es un paciente agitado garantizar el acompañamiento de un familiar TODO el tiempo para vigilar de manera continua el no retiro accidental, ***en lo posible mantener el paciente inmovilizado.***
- Si es un paciente consciente tener precaución con cada movimiento, pero sobre todo al ir al baño hacerlo en compañía de personal asistencial.
- Ante cualquier duda sobre su utilidad preguntar antes de retirarlo de manera autónoma.

IDENTIFICACIÓN DE USUARIOS

La Clínica Nuestra Señora de los Remedios, fomenta la seguridad del paciente, para lo cual ha implementado la manilla de seguridad como identificación, con el fin de garantizar la correcta verificación de datos del usuario antes, durante y después de cualquier procedimiento.

Usted como Usuario responsable debe garantizar la permanencia de la manilla de identificación en la mano dominante, e informar al personal cualquier anomalía identificada en ella o la falta de la misma.

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

La toma de muestras de Laboratorio se realiza bajo técnica séptica. Estas muestras pueden ser de: sangre, orina U secreciones de cualquier parte de cuerpo.

En la toma de muestras sanguínea puede producirse un mínimo hematoma, inflamación, enrojecimiento, y/o dolor en la zona de punción.El resto de las muestras recogidas como: orina espontanea, esputo, heces) no presentan riesgos. la ***Toma de Muestras con Espéculo:***TieneRiesgos asociados al procedimiento como: 1.Efectos dolor leve o transitorio al introducir el espéculo 2. Sangrado Genital (esporádico) este sangrado normalmente desaparece al día siguiente de la toma.***La toma de Muestras de Orina Con Sonda***, son realizadas por personal profesional, este procedimiento no genera dolor alguno, pero puede producir malestar durante la toma.

Tomo conocimiento y me comprometo a cumplir con las normas establecidas en este documento, al no hacerlo, asumo la responsabilidad.

Firma Paciente

CC:

Firma Acompañante

CC:

Personal Asistencial que brinda la información

Angela Buitrago Munera
Enfermera
C.C 1.570.336

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	**Código:** QCA-FR-266
Formato: Consentimiento Informado Para Laparotomía Exploradora	**Fecha:** 31/Marzo/2015

Yo x Nelly Silva. identificado con cédula de ciudadanía número -31465.508. autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES** designados por mi EPS y en su representación al Cirujano encargado de mi caso: **DR(A)**_____ para que me realicen la cirugía **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.**

Entiendo que tengo un diagnóstico o sospecha clínica de (tipo de enfermedad): _____ y que sólo la exploración quirúrgica y el examen histopatológico (biopsia), ayudarán a confirmar el diagnóstico.

Me han explicado que la **LAPAROTOMÍA EXLORADORA** consiste en efectuar una incisión o herida en la piel del tamaño necesario, a nivel de la parte anterior del abdomen, por encima y por debajo del ombligo, con el fin de exponer y explorar los órganos internos en búsqueda de enfermedad. Según los hallazgos se definirán las conductas a seguir, que pueden incluir resección de órganos, suturas, biopsias, colostomías o ileostomías (extraer una porción del intestino a través de la piel del abdomen, para defecar temporal o definitivamente según el caso). Bajo algunas circunstancias y en beneficio del paciente, el cirujano puede definir no realizar ningún procedimiento. Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición del problema, ni evita que en un futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la Medicina y Cirugía no son una ciencia exacta y sus resultados dependen de muchos factores, incluyendo la respuesta individual de cada paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables , que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a las suturas), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos, peritonitis), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fístulas enterocutáneas (o salida de liquido intestinal por la piel, la herida o los drenes). En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardiaco, respiratorio y muerte. En casos de LAPAROTOMÍA EXPLORADORA se pueden presentar los siguientes riesgos adicionales: _____

_____

Si es necesario extirpar piezas serán sometidas a estudio anatomopatológico (biopsias o estudios detallados con el microscopio en el laboratorio); me comprometo a reclamar su resultado final en el laboratorio de patología y llevarlo al CIRUJANO ENCARGADO para ser evaluado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conlleva el procedimiento. Dando fe y en constancia de lo anterior, mi acudiente y yo firmamos a continuación.

_____ FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE

_____ FIRMA Y REGISTRO DEL MÈDICO

x Nelly Silva. (mamá).
FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

27/06/2019

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	**Código:** QCA-FR-266
Formato: Consentimiento Informado Para Laparotomía Exploradora	**Fecha:** 31/Marzo/2015

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES** designados por mi EPS y ~~en~~ su representación al Cirujano encargado de mi caso: **DR(A)** Mauro _____ para que me realicen la cirugía **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.**

Entiendo que tengo un diagnóstico o sospecha clínica de (tipo de enfermedad): Peritonitis _____ y que sólo la exploración quirúrgica y el examen histopatológico (biopsia), ayudarán a confirmar el diagnóstico.

Me han explicado que la **LAPAROTOMÍA EXLORADORA** consiste en efectuar una incisión o herida en la piel del tamaño necesario, a nivel de la parte anterior del abdomen, por encima y por debajo del ombligo, con el fin de exponer y explorar los órganos internos en búsqueda de enfermedad. Según los hallazgos se definirán las conductas a seguir, que pueden incluir resección de órganos, suturas, biopsias, colostomías o ileostomías (extraer una porción del intestino a través de la piel del abdomen, para defecar temporal o definitivamente según el caso). Bajo algunas circunstancias y en beneficio del paciente, el cirujano puede definir no realizar ningún procedimiento. Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición del problema, ni evita que en un futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la Medicina y Cirugía no son una ciencia exacta y sus resultados dependen de muchos factores, incluyendo la respuesta individual de cada paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables , que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a las suturas), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos, peritonitis), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fístulas enterocutáneas (o salida de liquido intestinal por la piel, la herida o los drenes). En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardiaco, respiratorio y muerte. En casos de LAPAROTOMÍA EXPLORADORA se pueden presentar los siguientes riesgos adicionales: _____

_____

Si es necesario extirpar piezas serán sometidas a estudio anatomopatológico (biopsias o estudios detallados con el microscopio en el laboratorio); me comprometo a reclamar su resultado final en el laboratorio de patología y llevarlo al CIRUJANO ENCARGADO para ser evaluado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conlleva el procedimiento. Dando fe y en constancia de lo anterior, mi acudiente y yo firmamos a continuación.

_____ _____

FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO

TRM 709508

_____

FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE