

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 1 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



CONSENTIMIENTO INFORMADO

VERSIÓN 1

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	Yenny Sánchez	Enfermera	
REVISÓ	Deyci Bulla	Enfermera Auditora	
APROBÓ	Oscar Alberto Sánchez Muñoz	Gerente	

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 2 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. DEFINICION.....	3
4. DESARROLLO.....	3
4.1. GENERALIDADES	3
4.2. PROCEDIMIENTO CLINICOS QUE EXIGEN CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DISSENTIMIENTO.....	5
5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	6
FLUJOGRAMA	9
BIBLIOGRAFIA	10
ANEXOS	11
CONSENTIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA	11
CONSENTIMIENTO DEL MEDICO	12
CONSENTIMEINTOS DE ENFERMERIA.....	13
CONSENTIMIENTO DE RADIOLOGIA.....	14

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 3 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos unificados en la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Pilar, para la obtención y manejo del consentimiento y disentimiento informado previo a la realización de procedimientos e intervenciones

2. ALCANCE

Los lineamientos establecidos en el presente documento son de carácter obligatorio para todo el personal.

3. DEFINICION

Consentimiento informado: es un proceso de comunicación MEDICO-PACIENTE, ENFERMERA-PACIENTE, que expresa la aceptación por parte del paciente, sus familiares o personas responsables, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos y/o determinadas actuaciones que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.

Disentimiento informado: es el documento donde se expresa la negación por parte del paciente, sus familiares o personas responsable, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos y/o para determinadas actuaciones que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.

Salida voluntaria: consiste en el reconocimiento de su derecho a no aceptar el tratamiento prescrito, proponiéndole, en este caso, la firma de la alta voluntaria salvo cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias o cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo; es decir la terminación de la prestación del servicio o solicitud del usuario o persona responsable de él, sin haber concluido el tratamiento, bajo su propio riesgo.

4. DESARROLLO

4.1. GENERALIDADES

Debe tenerse en cuenta que el consentimiento informado:

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 4 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

Debe ser PREVIO a la realización de procedimientos cénicos y/o terapéuticos.

Debe tener claramente registrado el PROCEDIMIENTO AREALIZAR, sus ventajas, riesgos y/o las complicaciones que se puedan derivar del mismo y los cuidados que debe tener el paciente posterior al procedimiento. Del mismo modo debe explicarse el motivo de hospitalización y plan de tratamiento.

Debe ser firmado una vez que los interesados reciban del o de los profesionales tratante, la información total, completa y comprensible de manera verbal y se registra en el formato establecido sobre los objetivos, la conveniencia, ventajas, riesgos que se pueden derivar y las alternativas de la realización de la actividades enunciadas y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

Debe ser FIRMADO POR EL PACIENTE, con huella, si este es mayor de edad, o por sus padres a representantes legales en caso de tratarse de personas menores de edad o con patologías o limitaciones que el impidan discernir con plena conciencia y raciocinio.

Debe ser FIRMADO POR EL PRESTADOR de servicios de salud que realizara el o los procedimientos descritos en el documento relacionado.

El formato se debe incorporar en la historia clínica.

Se debe registrar en la historia clínica digitalizada el diligenciamiento en físico del consentimiento informado.

En caso que el paciente con trastorno de la salud mental, exista falta de familiares o responsables, y requiera un procedimiento y/o tratamiento médico, que bajo criterio medico y ético, se podrá realizar la actividad con el acompañamiento de otro profesional de la salud y con el registro de la observación en la historia clínica.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO no debe contener:

- Liberación anticipada de responsabilidades al profesional tratante.

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 5 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

- Otras autorizaciones no relacionadas con el o los procedimientos que se van a realizar.
- Compromisos económicos sobre honorarios y pagos al profesional o IPS.

4.2. PROCEDIMIENTO CLINICOS QUE EXIGEN CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DISENTIMIENTO

CONSULTA EXTERNA

- Toma de citología cervico uterina
- Inserción y extracción de DIU
- Asesoría y toma de laboratorio de VIH
- Asesoría y toma de laboratorio de HB
- Toma muestra de laboratorio clínico
- Procedimientos odontológicos

HOSPITALIZACIÓN

- Inserción de catéter intravenoso
- Administración de medicamentos
- Suturas
- Cateterismo vesical
- Curaciones
- Sonda nasogastrica
- Sujeción o inmovilización de pacientes
- Atención de parto
- Lavado de oído
- Lavado nasal
- Formato de salida voluntaria

RADIOLOGÍA

- Rayo x gestantes.

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 6 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

QUE	QUIEN	COMO	PUNTOS DE CONTROL
Revisar si el procedimiento o tratamiento requiere consentimiento informado o disentimiento informado	Medico Enfermera Odontólogo Bacterióloga Auxiliar de laboratorio Auxiliar de enfermería	<p>Verifique en este documento si el procedimiento o tratamiento a realizar exige consentimiento informado y cuál es el formato a diligenciar.</p> <p>Si el procedimiento o tratamiento requiere consentimiento, continuar en la siguiente cuadro.</p> <p>Nota: Si el procedimiento NO requiere consentimiento o disentimiento informado realizar el procedimiento correspondiente y registrarlo en historia clínica, fin del procedimiento.</p> <p>De lo contrario pasar a la siguiente cuadro.</p>	Consentimiento informado
Explicar al paciente el procedimiento o tratamiento a realizar	Medico Enfermera Odontólogo Bacterióloga Auxiliar de laboratorio Auxiliar de enfermería	El profesional o auxiliar debe explicar en qué consiste el tratamiento o procedimiento a realizar, ventajas, riesgos y/o complicaciones que se puedan derivar frente a la ejecución o no ejecución del procedimiento y o tratamiento, los cuidados que debe tener el paciente posterior al mismo, de forma sencilla, clara y completa.	Formato consentimiento informado. Planilla de toma de laboratorios. Libro de procedimiento firmado por usuario y/o familiar.
Verificar comprensión del usuario de la información presentada	Medico Enfermera Odontólogo Bacterióloga Auxiliar de	Preguntar al usuario la comprensión en su totalidad de la información presentada por el profesional frente al tratamiento o procedimiento a realizar	Formato de consentimiento informado, firmado por usuario y/o

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 7 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

	laboratorio Auxiliar de enfermería		familiar.
Permitir al usuario y/o familiar realizar preguntas y aclarar dudas sobre actividades, procedimiento o plan de tratamiento	Medico Enfermera Odontólogo Bacterióloga Auxiliar de laboratorio Auxiliar de enfermería	Responder a usuario en forma comprensible las dudas y preguntas presentadas, de forma sencilla, clara y completa.	Formato de consentimiento informado, firmado por usuario y/o familiar.
Informar amplia y suficientemente sobre otra actividad procedimiento o tratamiento	Medico Enfermera Odontólogo Bacterióloga Auxiliar de laboratorio Auxiliar de enfermería	Informar a usuario y/o familiar sobre otras alternativas existentes, sus riesgos y complicaciones según evidencia científica del procedimiento a realizar.	Formato de consentimiento informado, planilla de toma de muestras de laboratorios o libro de procedimientos. Formato de consentimiento informado, firmado por usuario y/o familiar.
Diligenciar formato de consentimiento informado	Medico Enfermera Odontólogo Bacterióloga Auxiliar de laboratorio Auxiliar de enfermería	Registra en el formato institucional de consentimiento informado todos los ítems. Solicitar la firma, documento de identidad y huella tanto del paciente como el responsable del mismo. Si acepta o no la realización del tratamiento y/o procedimiento. Así mismo el profesional debe firmar, registrar el documento de identidad y el	Firma y documento del formato por parte por usuario y/o familiar. Firma y documento del profesional Si el usuario no sabe firmar colocar la huella.

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 8 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

		<p>número de registro.</p> <p>Si usuario no acepta el procedimiento y/o tratamiento se marca con una x en NO.</p> <p>Si el paciente disiente del procedimiento se realiza el resto de la atención la pertinencia.</p>	
<p>Archivar en historias clínicas consentimiento informado</p>	<p>Medico Enfermera Odontólogo Bacterióloga Auxiliar de laboratorio Auxiliar de enfermería</p>	<p>En el servicio de urgencias y hospitalización se archivarán temporalmente los consentimientos o disentimiento informados en una carpeta, dichos consentimientos serán recogidos semanalmente por el auxiliar de archivo previamente relacionado en el libro radicado en el servicio.</p> <p>Incluir la copia del consentimiento informado en la historia clínica del paciente por parte de auxiliar de archivo.</p> <p>En los casos de los servicios de consulta externa serán ingresados directamente con los otros formatos físicos a la carpeta de historia clínica del paciente.</p> <p>En el caso que el total de su historia clínica se encuentre sistematizada se archivará en una A-Z según documento de identidad.</p>	<p>Registra en las notas de enfermería</p>

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 9 de 14

Cargos Involucrados:

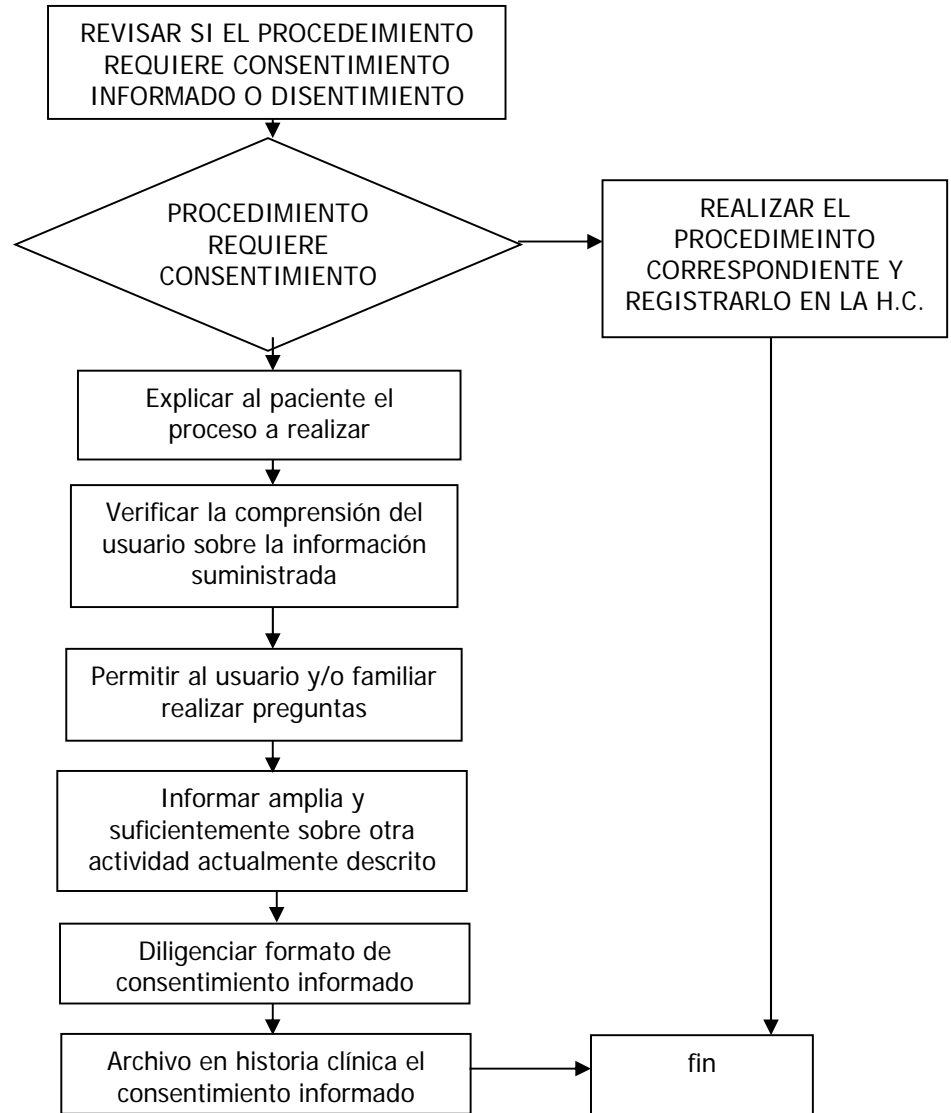
- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

FLUJOGRAMA



PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 10 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

BIBLIOGRAFIA

Protocolo de consentimiento informado.

http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/piramide_documental/enfermeria/U01-PTC-35_Protocolo_Consentimiento_Disentimiento_Informado.swf

PROTOCOLO DE OBTENCION Y MANEJO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL TOME.

<http://hospitaldetome.cl/archivos/DP/OBTENCION%20DE%20CONSENTIMIENTO%20INFORMADO.pdf>

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 11 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

ANEXOS

CONSENTIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este documento es brindarle información amplia y detallada sobre el plan diagnóstico, terapéutico o quirúrgico sugerido por el personal asistencial que lo ha atendido, de tal manera que usted decida libremente si autoriza o no su realización. Por favor léalo atentamente y si es preciso, solicite mayor información para aclarar sus dudas.

Fecha: _____

Yo _____, identificado con CC N° _____

Actuando en nombre propio o como representante legal de la persona con incapacidad absoluta o relativa para tomar decisiones, cuyo nombre es _____ con documento de identidad N° _____

SI _____ NO _____ Autorizo el plan diagnóstico, terapéutico o quirúrgico propuesto por el personal asistencial y hago constar que he recibido información necesaria acerca del siguiente procedimiento (símbolo con una x)

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Inspección de OCU: _____ Inspección de implante: ~~si/no~~ _____
Remoción de OCU: ~~si/no~~ _____ Remoción de implante: ~~si/no~~ _____
Toma de citología: _____

OTRO(S) NO RELACIONADOS: Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: _____



NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
N° C.C. _____

HUELLA DEL PACIENTE

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 12 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

CONSENTIMIENTO DEL MEDICO



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este documento es brindarle información amplia y detallada sobre el plan diagnóstico, terapéutico o quirúrgico sugerido por el personal asistencial que lo ha atendido, de tal manera que usted decida libremente si autoriza o no su realización. Por favor léalo atentamente y si es preciso, solicite mayor información para aclarar sus dudas.

Fecha: _____

Yo _____, identificada con CC N° _____

Actuando en nombre propio o como representante legal de la persona con incapacidad absoluta o relativa para tomar decisiones, (Cuyo nombre es: _____ con documento de identidad N° _____

SI _____ NO _____ Autorizo el plan diagnóstico, terapéutico o quirúrgico propuesto por el personal asistencial y hago constar que he recibido información necesaria acerca del siguiente procedimiento (añade con una x)

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Sutura: _____ Drainaje de absceso: _____
 Lavado de ojos: _____ Extracción cuerpo extraño: _____
 Taponamiento nasal anterior: _____ Aspirado: _____
~~Exposición~~ curio ~~exposición~~ plástica: _____ Anestesia local: _____
 Atención del parto: _____

OTRO(S) NO RELACIONADOS: Cúal: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: _____

RIESGOS: _____

BENEFICIOS: _____



NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
 N° C.C. _____

HUELLA DEL PACIENTE

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 13 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

CONSENTIMIENTOS DE ENFERMERIA



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este documento es brindarle información amplia y detallada sobre el plan diagnóstico, terapéutico o quirúrgico sugerido por el personal asistencial que lo ha atendido, de tal manera que usted decida libremente si autoriza o no su realización. Por favor léalo atentamente y si es preciso, solicite mayor información para adonar sus dudas.

Fecha: _____

Yo, _____, identificada con CC N° _____

Actuando en nombre propio o como representante legal de la persona con incapacidad absoluta o relativa para tomar decisiones, cuyo nombre es _____ con documento de identidad N° _____

SI _____ NO _____ Autorizo el plan diagnóstico, terapéutico o quirúrgico propuesto por el personal asistencial y hago constar que he recibido información necesaria acerca del siguiente procedimiento (añade con una X)

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA:

Administración de medicamentos: IV: _____ IM: _____ SC: _____ SO: _____ SL: _____ VO: _____

Prueba de sensibilidad a la penicilina: _____

~~Vagotomía~~ _____ Cateterismo vesical: _____

Cateterismo ~~vesical~~ _____ Toma de mucositas sanguíneas: _____

Curações: _____ Inmovilización de paciente: _____

Retiro de puntos: _____ Enema evacuante: _____

Aplicación, administración de tratamientos: _____

OTRO(S) NO RELACIONADOS: Cuál: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: _____

RIESGOS: _____

BENEFICIOS: _____



NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
N° C.C. _____

HUELLA DEL PACIENTE

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CODIGO: HS PT 07

VERSIÓN: 1

FECHA DE EMISIÓN: 05/08/2014

Página 14 de 14

Cargos Involucrados:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe



Dueño del Procedimiento:

- Medico General
- Auxiliar de enfermería
- Enfermera jefe

CONSENTIMIENTO DE RADIOLOGIA



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este documento es brindarle información amplia y detallada sobre el plan diagnóstico, terapéutico o quirúrgico sugerido por el personal asistencial que le ha atendido, de tal manera que usted decida libremente si autoriza o no su realización. Por favor léalo atentamente y si es preciso, solicite mayor información para aclarar sus dudas.

Fecha: _____

Yo, _____, identificado con CC N° _____

Actuando en nombre propio o como representante legal de la persona con incapacidad absoluta o relativa para tomar decisiones, cuyo nombre es _____ con documento de identidad N° _____

SI _____ NO _____ Autorizo la toma de radiología, aneándome un ambrosio y hago constar que he recibido información necesaria acerca del procedimiento a realizar.

OTRO(S) NO RELACIONADO(S): Cui: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: _____

RIESGOS: _____

BENEFICIOS: _____



NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
N° C.C. _____

MUELLA DEL PACIENTE

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL