**CONSENTIMIENTO INFORMADO………..**

**NÚMERO DE CÉDULA / HCU DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ **HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** | **EDAD** |
|  |  |  |  |

**TIPO DE ATENCIÓN:** Hospitalización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO**: (Codificación CIE 10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Inserción de catéter en vasos umbilicales (arterial/venoso)

**¿EN QUÉ CONSISTE?**

Consiste en introducir un catèter en los vasos umbilicales del recien nacido, ya sea en la vena o/y en una de las 2 arterias umbilicales , para tener un acseso vascular rápido y administrara soluciones, medicamenrtos , tomar muestras y medir parámetros vitales invasivos.

**¿CÓMO SE REALIZA?**

* El recien nacido sera colocado en una cuna de calor radiante en decúbito supino (acostado), se fijan las 4 extremidades para facilitar el procedimiento y exposición de la región umbilical.
* Se mantendrá monitoreo continuo de los signos vitales ( Frecuencia cardiaca, respiratoria, saturaciones, tensiones arteriales y temperatura
* Es preparado un equipo completo para cateterizar vías umbilicales
* Previo lavado quirúrgico de las manos se iniciará el procedimiento, una vez identificadas las dos estructuras anatómicas, la vena y las arterias se podrecerá a cortará el cordón umbilical con una hoja de bisturí e insertar el catéter venoso y/o arterial de acuerdo a las normas establecidas en los protocolos del Ministerio de Salud Pública y la Unidad de Neonatología de HGONA.
* A continuación se verificara el retorno sanguíneo realizando un control radiológico para verificar su posición sea la adecuada y fijar el catéter.
* Una vez completado el procedimiento será rotulado colocando la fecha, hora, responsable y medida a la que está fijada, nos ayuda para control de tiempo de permanencia y curaciones a realizar.

**GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN**

**DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: ……** 60 minutos

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:**

Administrar ….

Monitorizar ……

Extraer ………

Infundir ……

**RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):**

**RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):**

**DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores etc.):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:**

Alternativas del procedimiento:

1. Colocar ….

2. Diferir …..

Para realizar estos procedimientos debe ser firmado el consentimiento informado respectivo.

**DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:**

* Vigilancia de …….
* Curaciones de ……..
* Mantener el …….

**CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Fecha**: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_: \_\_\_\_

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre completo del paciente** |  | **Firma del paciente o huella, según el caso** |  | **Cédula de ciudadanía** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Nombre del profesional que realizó el procedimiento** |  |  | **Firma, sello y código del profesional realizó el procedimiento** |

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre del representante** |  | **Firma del representante legal** |  | **Cédula de ciudadanía representante legal** |
|  |  |  |  |  |
| **Parentesco** |  |  |  |  |

**NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Fecha**: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_: \_\_\_\_

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, **no** autorizo y **me niego** a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre completo del paciente** |  | **Firma del paciente o huella, según el caso** |  | **Cédula de ciudadanía** |

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre del representante** |  | **Firma del representante legal** |  | **Cédula de ciudadanía representante legal** |
|  |  |  |  |  |
| **Parentesco** |  |  |  |  |

**REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre completo del paciente** |  | **Firma del paciente o huella, según el caso** |  | **Cédula de ciudadanía** |

**Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Nombre del representante** |  | **Firma del representante legal** |  | **Cédula de ciudadanía representante legal** |
|  |  |  |  |  |
| **Parentesco** |  |  |  |  |