Fecha de diligenciamiento: _____

No. De Historia Clínica _____Servicio_____

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA

Los riesgos, beneficios, alternativas aplican para los siguientes procedimientos (marque con X)

PARTO VAGINAL		**PARTO INSTRUMENTADO**	

DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDICO

1. PARTO VAGINAL: es el procedimiento por el cual se obtiene el recién nacido por la vagina
2. PARTO INSTRUMENTADO: consiste en ayudar con unos instrumentos médicos (cucharas) en el momento del pujo previo a la salida del bebe del canal de parto.

** Se deja constancia en este documento que se le brinda información a la paciente sobre el derecho a un acompañante significativo de manera permanente durante su trabajo de parto y en la atención del parte. Que entrara a la sala de atención del parto si ella lo desea para realizar el apoyo emocional.

RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Infección de la vía urinaria o la vejiga (cistitis).
2. Lesión de órgano vecino
3. Hematomas (sangre contenida en la herida quirúrgica)
4. Hospitalización prolongada por hemorragias graves en el momento de la intervención que puede llegar a precisar transfusión sanguínea o intervenciones secundarias como revisión uterina o cirugías abdominales (laparotomía exploratoria) o necesidad de histerectomía abdominal total por persistencia del sangrado vaginal o de complicaciones
5. Necesidad de unidad de cuidados intensivos
6. Daños quirúrgicos a la vejiga o uréteres (los tubos estrechos que conducen la orina de los riñones a la vejiga) u otros órganos en la vecindad que requiera la colocación de sonda vesical por tiempo prolongado o múltiples reintervenciones posteriores riesgos de fistulas (comunicación entre órganos vagina – vejiga, vagina - recto o la cúpula vaginal con la vagina vejiga o recto, problemas obstructivos intestinales
7. Desgarros perineales grado I – II - III - IV: es probable que la vagina y los tejidos circundantes se desgarren, pueden sanar por si solo o necesitar puntos de sutura
8. Dolor con las relaciones sexuales después del parto vaginal - Dolor pélvico crónico posteriores al procedimiento

9. Incontinencia urinaria (salida de orina)
10. Incontinencia fecal (salida de heces no controladas)
11. Dehiscencias de la episiorrafia (si se realiza)
12. Cierre por segunda intención de la episiorrafia (si se realiza)
13. Cicatrices a nivel del periné con compromiso estético a corto mediano o largo plazo
14. Seroma (liquido dentro de la herida quirúrgica)
15. Necesidad de remisión a tercer nivel de atención según complejidad de las complicaciones
16. Infecciones posparto tales como (endometritis, miometritis) que requieran segundas intervenciones médicas y/o quirúrgicas
17. Riesgo de muerte con el procedimiento.

RIESGOS PARA EL BEBE:

DIFICULTAD RESPIRATORIA POR problemas **con el cordón umbilical**: el cordón umbilical puede quedar atrapado en un brazo o pierna a medida que él bebe se mueve a través del canal de parto. Lesión fetal secundaria a manipulación durante el parto y / o instrumentación y / o cesárea
Frecuencia cardiaca anormal del bebe: muchas veces una frecuencia cardiaca anormal durante el trabajo de parto no significa problema, se puede solucionar con cambio de posición para mejorar el flujo de sangre, si es un problema mayor puede requerir cesárea de emergencia o realizar episiotomía.
Asfixia perinatal: ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o él bebe no recibe suficiente oxigeno durante el trabajo de parto o justo después de nacer.

Fracturas Oseas (clavícula, cráneo, miembros superiores e inferiores,)

Lesiones neurológicas fetales (lesión del plexo braquial)

Distocia de hombros: en esta situación la cabeza del bebe ha salido de la vagina, pero uno de sus hombros se ha atascado puede causar generar fractura de escapula

Muerte fetal durante el trabajo de parto

RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. complicaciones maternas o fetales derivadas de la no atención del parto
2. muerte materna
3. muerte fetal

RIESGOS PERSONALIZADOS:

_____
_____
_____
_____
_____

BENEFICIOS

1. Atención del parto
2. Otro_____

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: NO APLICA

¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Sí _____ No _____

Yo; _____ mayor de edad e identificado con CC. _____de _____actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de _____ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

Nombres	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA
Paciente			
Médico o profesional que realiza el procedimiento			

DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FISICA

Yo; _____, identificado con C.C. N°_____ de _____ como responsable del paciente _____, teniendo la calidad de _____, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de_____ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA
Acudiente o responsable del paciente			
Médico o profesional que realiza el procedimiento			

DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado.

En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Yo; _____, identificado con C.C. N°_____ de:_____como testigo de la atención del paciente _____, teniendo la calidad de _____, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de_____ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA
Acudiente o responsable del paciente si existe			
Profesional o testigo			
Médico o profesional que realiza el procedimiento			

DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento:

_____
_____
_____
_____
_____

	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA
Paciente			
Acudiente o responsable del paciente			
Médico o profesional asistencial			

RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO:
1.Dieta normal baja en grasas y azucares rica en fibras 2. Ejercicio de piso pélvico 3.Toma de medicamentos analgésicos o antibióticos 4. Control posoperatorio en un plazo de 10 días