

Fecha

Aseguradora

Por la presente autorizo a la enfermera

y a los asistentes en GASTROMEDICALL LTDA. a realizar el procedimiento de Prueba de Hidrógeno espirado en mi o en el (la) paciente

Nombre paciente

Con ID

Consentimiento para el Procedimiento de Prueba (Test) de Hidrógeno Espirado

1. El test de Hidrógeno espirado es una prueba ambulatoria e indolora. La prueba de hidrógeno espirado (Lactulosa, fructosa, glucosa, lactosa, sorbitol), es la medición de hidrógeno en el aire que respiramos tras la administración de un azúcar que nos sirve como sustrato, según la aplicación que su médico tratante solicite.
2. Es una prueba de simple ejecución, que se ha establecido como el método de primera elección en el diagnóstico de enfermedades “funcionales” del intestino. Proporciona al médico información para ayudar a determinar el origen de síntomas tales como: distensión abdominal, dolor abdominal, flatulencias, eructos, cambios del ritmo evacuatorio.
3. La prueba se utiliza como herramienta diagnóstica en los cuadros de sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado e intolerancias, primarias o secundarias, a la lactosa, a la fructosa, al sorbitol.
4. La realización de la prueba consiste en tomar una muestra basal de aire espirado en ayunas, por lo que se solicita al paciente soplar en una boquilla descartable, posteriormente, ingiere el sustrato indicado por su médico, y luego al minuto 15 se solicita al paciente realizar una nueva espiración. Luego periódicamente (cada 20 o cada 30 minutos dependiendo del sustrato), se le hace soplar hasta completar las tres (3) horas o dos (2) horas y media según el estudio que se realice.
5. Se me ha explicado que estos estudios deben ser interpretados dentro del contexto clínico de cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones del método y las posibles fallas en la preparación previa al estudio, que pudieran llegar a afectar la acción metabólica de la flora intestinal.
6. Se me ha informado que la duración del procedimiento es:
 - *Para el Test de Sobrecrecimiento:* De tres a cuatro horas (**3 a 4 horas**) a partir del momento en que comienza a soplar.
 - *Para los Test de Intolerancia:* De dos horas y media a 3 horas (**2:30 a 3 horas**)
7. Se me ha explicado que durante el procedimiento podrían presentarse los siguientes síntomas y/o complicaciones: distensión abdominal, dolor abdominal, flatulencias, eructos, náuseas y cambios de ritmo; por lo cual se recomienda traer ropa cómoda.
8. También se me ha informado sobre las **Contraindicaciones** de este examen, que son:
 - *Absolutas:* Es decir no podrá realizarse la prueba y deberá informar a su médico si es portador de:
 - Intolerancia hereditaria a la fructosa
 - Hipoglucemias postprandiales no aclaradas

- *Relativas:* es decir que no se sugiere la realización de la prueba si el paciente:
 - Ha ingerido antibióticos en las últimas 4 semanas.
 - Es portador, actualmente, de una ileostomía.
 - Se ha realizado, en las últimas 2 semanas: colonoscopia, colon por enema, lavado colónico, preparación de limpieza intestinal por otro motivo como TAC abdominal o radiografía de columna o ha padecido una gastroenteritis aguda durante la semana previa.
9. Así mismo dejo constancia que este procedimiento requiere de una preparación especial, la cual se me envió previamente al examen, fue leída y cumplida por mí.
10. El personal autorizado de GASTROMEDICALL puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga suspender la práctica no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado.
11. En este momento, por la pandemia del COVID19, se me ha interrogado para asegurar que soy un paciente de bajo riesgo para COVID19, considerando que no he tenido contacto con ninguna persona con sospecha de COVID19 o con diagnóstico confirmado de COVID19, no presento síntomas "gripales": fiebre, tos, dolor de garganta ni congestión nasal y no tengo diagnóstico o sospecha de COVID19.
12. Se me ha explicado que GASTROMEDICALL cuenta con todos los elementos de protección personal y sigue los protocolos de seguridad frente a la pandemia por COVID19 y que está atendiendo pacientes de bajo riesgo para esta enfermedad, sin embargo, existe el riesgo de contagio por COVID19 durante mi procedimiento.
13. El personal paramédico y médico de GASTROMEDICALL queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas médicas distintas de las ya mencionadas si en el curso del procedimiento se presenta una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratante las haga necesarias, caso en el cual podrían realizarse en los términos previstos.
14. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
15. Confirmando que recibí la preparación para la realización de mi procedimiento y que cumplí el total de las instrucciones contenidas en ese documento

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

He sido advertido que en este documento se contiene el consentimiento informado ordenado legalmente en las normas, pero que este no corresponde a una exoneración del médico tratante por un actuar indebido o ilícito. El conocimiento de los riesgos propios de la intervención o procedimiento me permite aceptarlos en forma consciente, en el entendido que se persigue el beneficio del restablecimiento de mi salud o de mi calidad de vida, sin que se pueda asegurar los resultados.

Así mismo, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a GASTROMEDICALL para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud. Los datos podrán ser utilizados para los diferentes aspectos relacionados en la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web www.gastromedicall.com, la cual cumple con la normatividad vigente. He sido informado que se me garantizará la confidencialidad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y que podre conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales si así lo deseo. Manifiesto, además, que he sido informado de manera clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tengo de no efectuar la autorización de aquella información considerada sensible.

Firma paciente o persona responsable

CC

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del procedimiento señalado y que he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado.

Firma enfermera(o)

CC