

NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO\*: (Señale con una X) CC TI RC CE OTRO CUAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ SEDE: \_\_\_\_\_

FECHA: AÑO - MES - DIA HORA: \_\_\_\_\_.

\*CC: Cedula de Ciudadanía TI: Tarjeta de identidad RC: Registro civil CE: Cedula de extranjería

### SEÑOR(A) USUARIO (A)

Es muy importante para nosotros que usted reciba y entienda la información de manera **clara** y **suficiente** acerca del estudio y/o procedimiento a realizar, el cual permitirá al personal de salud hacer seguimiento o diagnóstico de una condición de interés. Lea con atención y solicite explicación al personal que le brindara la atención en caso de inquietudes.

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Para este procedimiento, se emplea material desechable, en bolsa sellada, para único uso del paciente. Es importante que usted cumpla con las condiciones especiales para la obtención de muestras representativas y de calidad estas son:

- Tomar 3 días antes o después del periodo menstrual.
- 72 horas antes del examen no haber tenido relaciones sexuales, no aplicarse duchas intravaginales, aplicación de cremas, óvulos o tampones.

**CITOLOGÍA VAGINAL:** Entiendo que este procedimiento consiste en la colocación de un espéculo en la vagina para obtener células del cuello del útero, con una espátula de ayre de la parte externa (exocérvix) y con un citocepillo de la parte interna (endocérvix), material que se extiende en una lámina para su coloración y posterior análisis bajo microscopio.

**DETECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH):** Previo a la colocación de un espéculo en la vagina se obtendrán células del endocérvix con un citocepillo que se gira 5 veces en sentido de las agujas del reloj, tejido celular que se coloca en un medio especial para el análisis por técnicas moleculares.

**FLUJO VAGINAL:** Se tomará muestra de secreción vaginal con hisopo estéril, previa colocación o no de especulo vaginal.

**CITOLOGIA EN BASE LIQUIDA VAGINAL:** Entiendo que este procedimiento consiste en la colocación de un espéculo en la vagina para obtener células del cuello uterino, mediante un suave raspado con un cepillo especial del kit de recolección, el cual se debe introducir en la solución preservante para él envió al laboratorio de procesamiento.

### BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS

**BENEFICIOS:** Los exámenes ginecológicos son pruebas de tamizaje importante en las mujeres que serán estudiadas por un citólogo y/o patólogo, en búsqueda de lesiones presuntivas que puedan existir en dicho órgano. De igual forma, permite identificas infecciones causadas por bacterias, hongos o virus.

**ALTERNATIVAS:** Su médico tratante es quien podrá determinar qué estudio puede ser de acuerdo con su historia clínica

### RIESGOS E IMPLICACIONES

**RIESGOS:** Estos procedimientos pueden generar incomodidad pélvica y presión similares a los cólicos menstruales durante la colocación del especulo. Además, puede presentar dolor abdominal y sangrado que normalmente cede el mismo día del examen.

Es necesario que nos informe si NO ha tenido relaciones sexuales, está embarazada o tiene alguna sospecha de estarlo, en estos casos no se empleara especulo en canal endocervical.

**IMPLICACIONES:** El personal de la salud encargado de la atención, se encuentra debidamente entrenado para la prestación del servicio y se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar una adecuada atención, actuando con apoyo en sus conocimientos, su preparación técnica, su diligencia y cuidado personal, para generar un

diagnóstico, resultado y tratamiento, previniendo la enfermedad y rehabilitando al paciente, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos inherentes al mismo antes descritos.

**En caso de algún tipo de sintomatología después de realizado el examen, consulte de inmediato a su médico**

**AUTORIZACION DE PACIENTE, FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL**

Yo \_\_\_\_\_ en calidad de paciente  o persona responsable  identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento declaro que he sido informado y he comprendido la utilidad del procedimiento y posibles riesgos, los cuales por esta razón de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento y autorización para la realización del examen y/o procedimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y he podido formular y aclarar todas las preguntas que he creído conveniente con el personal que me prestara la atención.

**Acepto la realización del examen SI  NO**

Doy mi autorización para que mi muestra o los resultados de mi estudio sean usados para futuros proyectos de Investigación realizadas, bajo estricto uso anónimo de mi información personal, con el fin de contribuir al conocimiento científico en salud del Centro Médico Oftalmológico Y Laboratorio clínico Andrade Narváez S.A.S. **SI  NO**

\_\_\_\_\_  
**Firma paciente o Persona responsable (parentesco)**

\_\_\_\_\_  
**Documento de identificación**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y apellido del responsable de la atención**

\_\_\_\_\_  
**Documento o registro Profesional**

**DESISTIMIENTO (revocatoria o rechazo)**

Quiero voluntariamente cambiar mi anterior decisión y no aceptar me realicen la toma de muestra y/o procedimiento en mención sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, siendo expuestos mis motivos a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma Paciente/Representante/Acudiente**

\_\_\_\_\_  
**Documento de identificación**

**Pegar los Sticker de ingreso.**