

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE RECTOSIGMOIDOSCOPIA</b>	CÓDIGO:	FT-GAD-24
		VERSION:	01
		FECHA ELAB:	Abril de 2015

## RECTOSIGMOIDOSCOPIA

Para el examen se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

### *Día anterior al examen*

Desayuno: normal.

Almuerzo: sopa de pastas o de arroz, carne molida, puré de papa.

Comida: puede tomar sopa de sobre en agua con sal y no debe ingerir alimentos sólidos.

Durante este día puede tomar líquidos claros como agua de panela, jugos en agua, aromática, gelatina y bebidas hidratantes (Gatorade, Dassani, etc) que no sean de color rojo. Igualmente deben tomar todos los medicamentos que viene recibiendo en forma normal.

Para la preparación del examen se deben conseguir 2 (dos) **ENEMAS TRAVAD RECTAL** los cuales se aplican así:

- El primer enema colocarlo dentro del recto 4 horas antes de la hora de su cita procurando retenerlos entre 10 y 15 minutos antes de ir al baño para mejorar la limpieza del intestino.
- El segundo enema colocarlo 2 horas antes de la hora de su cita igualmente tratar de retenerlo dentro del recto el máximo tiempo posible.

### Recomendaciones

Presentarse el día del examen con ropa cómoda, fácil de retirar, zapatos de tacón bajo. Adicionalmente traer orden médica, copago, documento de identidad y exámenes endoscópicos previos.

En caso de presentar signos o síntomas o contactos directos con COVID 19 debe informarlo para reprogramar su cita.

### Recomendaciones post-procedimiento:

- Puede reiniciar la dieta normal de forma inmediata.
- En muy pocos pacientes es necesario la toma de biopsias, si se le realizó dicha toma, estas serán procesadas por el Laboratorio Lapaci
- Estos resultados junto con el informe de la rectosigmoidoscopia, deben llevarse al médico tratante o a quien ordeno el procedimiento.
- Luego del procedimiento en muy pocos casos puede presentar leve distensión o dolor abdominal, sangrado rectal los cuales mejoran en poco tiempo, si dichos síntomas se intensifican comuníquese a la IPS 5200725 o acudir al centro de urgencias más cercano autorizado por su EPS.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE RECTOSIGMOIDOSCOPIA

CÓDIGO: FT-GAD-24

VERSION: 01

FECHA ELAB: Abril de 2015

Fecha: \_\_\_\_\_

La **RECTOSIGMOIDOSCOPIA** es un procedimiento por medio del cual se observa el interior del recto y colon sigmoides, hasta los 25 cm, se realiza por indicación del médico tratante para llegar a un diagnóstico, permitiendo un tratamiento basado en los hallazgos.

### DURACION

Este procedimiento tiene una duración aproximada de 5 minutos. Se realiza con un equipo con tecnología de video, lo cual permite una mejor visualización de las estructuras del tracto digestivo, se inicia con una inspección exterior, tacto rectal y luego visualización directa. Por su corta duración, buena tolerancia y poca molestia no requiere de sedación, solo aplicación local de anestésico, quietud y colaboración del paciente.

### BIOPSIA

La toma de biopsia es opcional y su toma no produce dolor, se realiza de acuerdo a los hallazgos, para ayudar al médico tratante a complementar el diagnóstico.

### COMPLICACIONES

Aunque las complicaciones son raras e infrecuentes es importante que usted las conozca, puede presentarse dolor abdominal, distensión, infecciones, hemorragias y perforación.

Este documento es entregado el mismo día que solicita la cita para el examen al igual que se le entrega o envía por fax o correo electrónico la preparación para la rectosigmoidoscopia para que sean leídos y diligenciados en días previos a la cita, idealmente debe imprimirlo y traerlo firmado para agilizar el proceso de atención al momento del examen. Si presenta alguna duda luego de leer este documento solicite explicación adicional al personal. Igualmente informe acerca de enfermedades, alergias, cirugías o medicamentos que esté tomando actualmente. Debe informar en caso de ser paciente sospechoso o activo de tener infección por COVID 19 para reprogramar su cita.

Así, habiendo **comprendido claramente** todo lo relacionado con la **Rectosigmoidoscopia**, **Autorizo** la realización del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

HUELLA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TESTIGO O FAMILIAR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO O FAMILIAR

\_\_\_\_\_  
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

*\*Si el paciente no sabe firmar o está imposibilitado para hacerlo, debe quedar en este espacio su huella digital y debe siempre diligenciarse la información y firma del familiar o acompañante.*

MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_