

CONSENTIMIENTO INFORMADO HEMATOLOGÍA

INFORMACIÓN GENERAL.

Para el deporte formativa, competitivo y de alto rendimiento es muy importante establecer unos protocolos que permitan monitorizar la respuesta fisiológica frente al deporte realizado. Por lo tanto, a través de las analíticas sanguíneas, se pretende monitorizar la respuesta del ejercicio, por lo tanto, se extraerá una muestra de sangre, la cual se realizará por venopunción, el tiempo de duración de todo el protocolo es de aproximadamente 5 minutos, para lo cual usted deberá estar en reposo total, mientras el profesional hace los respectivos pasos (rotulado, alistamiento de material y extracción de sangre). Usted tiene el derecho a declinar su consentimiento, en el momento que lo dese, informando al profesional sobre las causas. Además, he de recordarle que al aceptar el consentimiento acepta que los resultados obtenidos a través de la muestra sanguínea, esta pueda ser utilizada por el equipo de Rlab- laboratorio de fisiología del ejercicio para futuras investigaciones.

Entiendo que los riesgos del procedimiento son: 1. Leve dolor y ardor en el sitio de inserción de la aguja, que ceden en cuanto esta se retira. 2. Hematomas(morados) pequeños que mejoran espontáneamente y, o con medidas locales como hielo inicialmente y, baños de agua tibia en los días siguientes. 3. Nausea, vomito y desmayos antes y durante la punción los cuales se recuperará rápidamente. 4. Sangrado más prolongado de lo esperado, (especialmente si toma anticoagulantes o aspirina). Para controlarlo se debe hacer presión suave en el sitio de punción con algodón seco durante 2 a 5 minutos. **Entiendo que los riesgos particulares son infrecuentes, pero de darse requieren comunicación con el laboratorio y, o con el servicio de urgencias más cercano:** 1. Hematomas que abarcan una gran área del brazo puncionado. 2. Intenso dolor y sensación tipo corrientazo y hormigueo que puede presentarse inmediatamente u horas después de la venopunción. 3. Infección en el sitio de punción que se manifiesta por enrojecimiento, calor, dolor y posible secreción en el sitio de ingreso de la aguja días después de la obtención de la muestra.

CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos, le atenderemos con mucho gusto por parte del personal del servicio. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor solicitarla al personal que lo está atendiendo para que sean resueltas sus inquietudes y continuar con el procedimiento.

AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento autorizo de forma libre, voluntaria y en uso de mis facultades mentales al laboratorio clínico para que me sea realizada la toma de muestra, ya que recibí la información y me han resuelto mis dudas e inquietudes del procedimiento.

RECHAZO

Por medio del presente documento rechazo la toma de muestra y declaro que he sido informado ampliamente de las consecuencias que de ello puedan derivarse.

El presente consentimiento se firma en _____ a los días _____ del mes de _____ del Año _____

DEPORTISTA
Nombre:
Documento de identidad:
Firma:

REPRESENTANTE/ACOMPAÑANTE
Nombre:
Documento de identidad:
Firma:

RESPONSABLE DE TOMA DE MUESTRA: Nombre: _____ CC.No. _____ Firma: _____

