	<b>FUERZA AEROSPAZIAL COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>GH-JEFSa-FR-135</b>
	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA DIAGNOSTICA PRESUNTIVA O PRUEBA DIAGNOSTICA SUPLEMENTARIA DE VIH</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>03</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>12-10-2023</b>

### INFORMACION GENERAL

En cumplimiento de lo consagrado en la ley 23 de 1981, es deber del médico o personal salud, pedir al paciente consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente y para ello deberá informar de forma clara, suficiente y oportuna sobre el procedimiento o tratamiento a realizar, alternativas, riesgos, complicaciones

Su médico tratante le ordenó la toma de prueba de VIH, el propósito inicial de esta prueba es ayudar a determinar su condición de salud. Para la realización de la prueba sólo se requiere de una muestra de sangre.

Entiendo que un resultado positivo indica una alta probabilidad de presencia del VIH en mi sangre. También entiendo que un resultado positivo no indica en forma definitiva que estoy infectado con el VIH, puesto que existen falsos positivos. Igualmente, un resultado positivo no indica que tengo SIDA, ni que desarrollaré SIDA en el futuro. Acepto que, de tener un resultado positivo inicialmente, se debe realizar una prueba confirmatoria para verificar el resultado. Entiendo y acepto que, si tengo un alto riesgo de infección por el VIH, un resultado negativo no implica que no tenga el virus en mi sangre, ni que yo no pueda infectar a otra persona.

Comprendo que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de esta prueba.

Acepto que los resultados de las pruebas realizadas queden en el laboratorio, y en mi historia clínica, de acuerdo con la ley y observando la relación médico-paciente.

Esta información es confidencial y no será divulgada sin autorización expresa y por escrito de mi parte. Confirmando que he tenido oportunidad de preguntar, que he sido escuchado, y que han quedado resueltas todas mis dudas respecto a la prueba del VIH. Declaro por todo lo anterior que doy este consentimiento para que se me realice la prueba de inmunodeficiencia humana (VIH), voluntariamente y sin ninguna presión.

### TOMA DE MUESTRA

La toma de la muestra se hace por una venopunción para extracción de sangre, para lo cual le será puncionada una vena en el brazo, antebrazo o muñeca, utilizando una jeringa o vacutainer según el caso. Para la toma de la muestra es recomendable, aunque no indispensable un ayuno previo de 4 horas.

### RIESGOS:

-En casos esporádicos, se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como Hematoma

-Dolor leve y ardor, los cuales mejoraran espontáneamente con medidas locales.


-En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena (Flebitis), sangrado excesivo, infección o trombosis localizada. -Nauseas, vómito y desmayos antes o durante la punción.

-Sangrado más prolongado de los esperado (especialmente si toma anticoagulantes). Para controlarlo debe hacerse presión suave en el sitio de punción con un algodón seco de 2 a 5 minutos.

En caso de presentar inflamación aplicar hielo, ocasionalmente, durante las 24 horas en el sitio de punción y en los siguientes días aplicar baños con agua caliente hasta que desaparezca el hematoma

### DECLARACIONES

- He recibido la asesoría pre-prueba, con el fin de realizarme el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH.
- Entiendo que la toma de muestra para la prueba de detección del VIH es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento anterior a la toma de la muestra de sangre.
- Para la entrega del resultado indistintamente del mismo recibiré otra asesoría denominada post-prueba.
- He discutido el procedimiento a seguir con la persona que me realizó la asesoría, lo he comprendido y estoy de acuerdo.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

	<b>FUERZA AEROSPAZIAL COLOMBIANA</b>	<b>Código:</b>	<b>GH-JEFS-A-FR-135</b>
	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA DIAGNOSTICA PRESUNTIVA O PRUEBA DIAGNOSTICA SUPLEMENTARIA DE VIH</b>	<b>Versión N°:</b>	<b>03</b>
		<b>Vigencia:</b>	<b>12-10-2023</b>

**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.

Manifiesto que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado acerca de la naturaleza de la prueba, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos, en un lenguaje claro y sencillo.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. Por lo anterior yo \_\_\_\_\_ identificado con la CC No. \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea realizado la toma de la prueba de VIH.

**PACIENTE**

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
CC No. \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL** (En caso de Paciente menor de edad u otros)

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Documento de identidad \_\_\_\_\_

**RECHAZO O REVOCATORIA**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la CC No. \_\_\_\_\_ después de recibir de manera clara y en lenguaje sencillo toda la información acerca de la naturaleza y propósito del examen solicitado, al igual que de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos del mismo, manifiesto de forma libre y consciente mi negación ( ) / revocación ( ) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

**PACIENTE**

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
CC No. \_\_\_\_\_

ASESORIA PRE- TEST		ASESORIA POS- TEST
FIRMA Y POSTFIRMA DEL USUARIO Documento de identidad No.	FIRMA Y POSTFIRMA DE PADRES O TUTOR LEGAL (SI ES MENOR DE EDAD) Documento de identidad No.	FIRMA Y POSTFIRMA DEL USUARIO Documento de identidad No.
FIRMA Y POSTFIRMA DEL ASESOR Documento de identidad No.		FIRMA Y POSTFIRMA DEL ASESOR Documento de identidad No.
DD-MM-AAAA HH:MM FECHA Y HORA DE ASESORIA		DD-MM-AAAA HH:MM FECHA Y HORA DE ASESORIA