



CONSENTIMIENTO INFORMADO TEST DE ALIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

Fecha de Diligenciamiento:

En mi calidad de **PACIENTE** **MADRE/PADRE** **ACUDIENTE** me permito declarar que se me ha suministrado toda la información sobre el **Test de aliento helicobacter Pylori**:

Aspectos del procedimiento: La Prueba de Aliento consiste en tomar una dosis determinada de urea en forma de cápsula y, tras un tiempo concreto, medir la urea que se exhala con el aliento. La cantidad de urea exhalada depende directamente de la presencia de H. pylori en el estómago.

Características: La prueba de aliento para Helicobacter pylori es una prueba no invasiva y totalmente inocua, que se caracteriza por su gran sensibilidad. La prueba resulta especialmente útil para confirmar la erradicación de la bacteria, una vez completado el tratamiento antibiótico.

Riesgos: No se presenta ningún riesgo, excepto si no se informa que la paciente está en gestación.

Así mismo, declaro que con anticipación fui informado(a) acerca de la preparación y cumplo con las recomendaciones a continuación descritas:

1. Ayuno total de 8 horas.
2. No haber consumido antibióticos como amoxicilina, ampicilina, cefalexilina etc., en un tiempo mínimo de 30 días.
3. No haber consumido inhibidores de la bomba (IBP) son el grupo formado por el omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol, etc. en un tiempo mínimo de 30 días
4. En caso de Fumadores (no fumar mínimo 8 horas antes de la prueba).
5. No me encuentre en estado de embarazo.
6. Si es mujer y se considera que una prueba es necesaria, en etapa de lactancia debe interrumpirse después de la prueba durante tres días. (banco de leche).
7. No haber consumido antiácidos como Gasviscon, Pepsamar, Milanta, etc., en un tiempo mínimo de 15 días.
8. No presento, ni he presentado en los últimos 14 días, síntomas relacionados con el COVID-19, tales como:

	Fatiga	Fiebre	Tos	Dolor de cabeza	Dolor de garganta	Malestar general	Dificultad respiratoria	Adinamia agotamiento	Perdida del gusto y/o del olfato	Secreciones nasales	Diarrea	¿Ha sido diagnosticado como positivo para Covid-19?	¿Ha estado en contacto con sospechosos o positivos para coronavirus?	¿Ha estado en contacto con alguien que presente los anteriores síntomas?
SI/NO														

Manifiesto que he realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables, se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de la información y que Puedo decidir no realizarme el procedimiento en cualquier momento.

Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice el Test de aliento helicobacter Pylori, teniendo pleno conocimiento de los pasos sencillos y aceptando mi responsabilidad en el evento de no cumplirlos.

Para constancia se firma la aceptación para dicho procedimiento.

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DE ACUDIENTE
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS DE ACUDIENTE
NO. DE IDENTIFICACIÓN	NO. DE IDENTIFICACIÓN

ELABORÓ: ANYELA COLLAZOS GALLEGO	REVISÓ: DR. FREDY HERNAN CALAMBAS	APROBÓ: DR. FREDY HERNAN CALAMBAS	VIGENCIA DD/MM/AAAA	
CARGO. COORDINADORA DE CALIDAD	CARGO: GASTROENTEROLOGO	CARGO: GERENTE	DESDE 01/07/2022	HASTA 30/06/2023



ENDOVIDEO 2.000 Ltda

Unidad Especializada
en Salud Digestiva
NIT. 800.188.304-3

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
TEST DE ALIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL
HELICOBACTER PYLORI**

Código: FOR-MIS-GAS-ED-CI-01

Versión No. 03

Página 2 de 2

DISENTIMIENTO O DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado(a)
con No. de identificación _____, no autorizo la realización
del procedimiento en mención.

FIRMA

**FIRMA Y SELLO DEL
MEDICO ESPECIALISTA**

ELABORÓ: ANYELA COLLAZOS GALLEGO	REVISÓ: DR. FREDY HERNAN CALAMBAS	APROBÓ: DR. FREDY HERNAN CALAMBAS	VIGENCIA DD/MM/AAAA	
CARGO: COORDINADORA DE CALIDAD	CARGO: GASTROENTEROLOGO	CARGO: GERENTE	DESDE 01/07/2022	HASTA 30/06/2023