



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBAS GINECOLÓGICAS

Código: TOM-FOR-S00-09  
Versión: 03  
Página 1 de 2  
Fecha emisión: 2023-07-21

Nombre completo del Paciente				CC	TI	RC	OTRO
				Número Documento de identidad:			
Ciudad	Fecha			Hora	Sede		
	AAAA	MM	DD				

La prueba para realizar es:

Citología Vaginal  Virus Papiloma Humano en frotis cervical  Flujo Vaginal   
Panel Enfermedades Transmisión Sexual en frotis cervical

**Motivo por el cual le solicitan el examen:** *(espacio para diligenciar por el paciente)*

---

---

---

### SEÑOR(A) USUARIO (A)

Es muy importante para nosotros que usted reciba y entienda la información de manera **amplia, clara y suficiente** acerca del estudio a realizar, con el cual se puede realizar tamizaje, hacer seguimiento o diagnóstico de una condición de interés. Lea con atención y no tema solicitar explicación. En caso de inquietudes estas serán resueltas por el personal responsable de su atención.

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Para este procedimiento, se emplea material desechable, en bolsa sellada, para único uso del paciente. Para citología vaginal es necesario colocar un espéculo vaginal para localizar el cuello del útero. Posteriormente se realiza una exfoliación de las células de la parte externa del cuello uterino (exocérvix) con una espátula de ayre y luego se toma una muestra de las células de la parte interna (endocérvix) con un cepillo citológico. Para la toma de muestras de VPH (virus papiloma humano) y panel de transmisión sexual es necesario colocar un espéculo vaginal para localizar el cuello del útero y con un citocepillo, se toma muestra del endocérvix girándolo 5 veces en sentido de las agujas del reloj. Para las muestras de flujo vaginal es necesario colocar un espéculo vaginal y se procede a tomar la con hisopo de las paredes de la vagina. (En las pacientes que no tienen vida sexual activa, la toma de la muestra se realiza sin espéculo). La muestra vaginal debe tomarse idealmente tres días antes del inicio del período menstrual o tres días después de terminada la menstruación. No tener relaciones sexuales ni aplicarse duchas intravaginales, cremas, óvulos, tampones o anticonceptivos vaginales 72 horas antes del examen.

### BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA PRUEBA

La citología vaginal es una prueba de tamizaje importante en las mujeres, diseñada para detectar tempranamente alteraciones o lesiones en el cuello uterino. El virus del papiloma humano VPH; es una infección de transmisión sexual, que puede causar desde verrugas genitales, hasta cáncer de cuello uterino, de vulva, de vagina y de ano. En el panel de transmisión sexual se pueden determinar hasta 7 patógenos causantes de enfermedades sexuales. EL flujo vaginal es una prueba que permite determinar las posibles causas de la vaginitis.

### RIESGOS Y RECOMENDACIONES

Este tipo de examen puede causar alguna molestia, similar a los cólicos menstruales. También puede sentir presión durante el examen. Además, puede presentar un mínimo sangrado que normalmente cede el mismo día del examen. Es necesario que nos informe si está embarazada o tiene alguna sospecha de estarlo; ya que en ese caso solo se tomara muestra de la pared vaginal y de la parte externa del cuello uterino (exocervix). Si usted es menor de edad debe estar acompañada de su acudiente o si no ha tenido relaciones sexuales infórmenos para seguir el procedimiento establecido.

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

**CONSENTIMIENTO PACIENTE**

**DECLARO:** Que he sido informado y he comprendido la utilidad del procedimiento y posibles riesgos que se puedan presentar. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que el responsable de la atención me realice el estudio solicitado. Al aceptar la práctica del estudio, la entidad y el responsable de la atención quedan autorizados para llevar a cabo las conductas y/o procedimientos necesarios tendientes a resolver aquellas complicaciones imprevisibles del estudio que mediante este documento autorizo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en el momento que así lo desee, debiendo informar al equipo responsable de la atención del cambio de esta decisión.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que haya participación de personal en formación durante mi procedimiento. **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN:** Doy mi autorización para que mi muestra o los resultados de mi estudio sean usados para futuras Proyectos de Investigación realizadas por el laboratorio clínico Colcan, bajo estricto uso anónimo de mi información personal, con el fin de contribuir al conocimiento científico en salud. **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente	Documento de Identidad	Firma del paciente	Nombre y Apellido del responsable de la Atención
Nombre del acudiente	Documento de Identidad	Parentesco	Documento de Identidad
<b>Causal de representación:</b> Inconciencia <input type="checkbox"/> Menor de Edad: <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?: _____			

**DESISTIMIENTO**

Manifiesto libre y voluntariamente desistir y no aceptar que me realicen la prueba diagnóstica, y asumo los riesgos e implicaciones sobre mi estado de salud con esta decisión, los cuales me fueron explicados de manera amplia y suficiente por el profesional encargado **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente**  **acudiente**  \_\_\_\_\_

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

**Hora:** \_\_\_\_\_

**STICKER ATHENEA (pegar los stickers de ingreso)**

--