



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA

PARA EXUDADO FARÍNGEO

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., a _____.

Yo, _____ autorizo al personal del Laboratorio Clínico de Clínica De Medicina Deportiva S.A de C.V. para realizar exudado faríngeo de la muestra en mí o en el usuario _____

Procedimiento a realizar

Un cultivo del exudado faríngeo es una prueba para detectar microbios (bacterias principalmente Estreptococo del grupo A) que pueden causar una infección. Se añade una muestra de células de la parte posterior de su garganta a una sustancia que estimula la multiplicación de los microbios. Si no hay una multiplicación de microbios, el cultivo es negativo. Si hay una multiplicación de microbios que pueden causar una infección, el cultivo es positivo. El tipo de microbio puede identificarse con un microscopio o pruebas químicas. A veces, se hacen otras pruebas para determinar cuál es el medicamento adecuado para tratar la infección. Estas se llaman pruebas de sensibilidad (antibiograma)

Beneficios

Esclarecer diagnósticos, monitorizar afecciones de salud crónicas o en forma preventiva. Este procedimiento no tiene ninguna restricción y puede hacerse en la población en general.

Riesgos

En el momento de la toma de muestra sentirá una molestia por el raspado de la faringe, El paciente debe estar sentado, con la cabeza hacia atrás.

- Se introducirá el hisopo hasta entrar en contacto con la zona de exudado de la faringe.
- Es necesario una buena iluminación. La toma de muestra se facilita con un depresor lingual.

El principal riesgo es sufrir una lesión por manipulación del hisopo que se introduce en la cavidad bucal para la toma de muestra. También existe el riesgo de tocar el reflejo palatino y provocar vomito, lo cual es totalmente natural.

Si se llegara a presentar alguna de estas complicaciones o tenga alguna otra molestia por parte del servicio de laboratorio por favor comuníquese al teléfono 7170410 o deje su queja o sugerencia en el buzón correspondiente.

Otras alternativas

Desafortunadamente actualmente no se cuenta con otro mecanismo de toma de muestras para la realización del inculo y aislamiento de bacterias para su estudio y pruebas de susceptibilidad a antibióticos.

Consentimiento

Declaro que he leído y comprendido la información sobre el exudado faríngeo, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Comprendo los riesgos que implica el exudado faríngeo, he resuelto mis dudas en cuanto a ello y acepto que Clínica de Medicina Deportiva S.A de C.V y su personal, no se harán responsables de ningún gasto monetario derivado del proceso de toma de muestra, comprendo que el personal del laboratorio actuara de la manera más responsable, ética y profesional para evitar sufrir alguna consecuencia por los riesgos que implica la venopunción.

Firma del paciente o persona responsable

Documento de identidad _____matricula_____

Parentesco si es el caso _____

TESTIGOS

Firma _____
Nombre: _____
Representante de laboratorio.

Firma _____
Nombre: _____
Representante de Solicitante autorizado.

EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (05.07.10, D.O.F.), LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS.
CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA BY FIFA, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2.5/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42162