



FORMATO

CONSENTIMIENTO CULTIVO VAGINAL

Identificación: FOR-REC-14
Versión: 1
Fecha creación: 30/Junio/2020
Fecha actualización: 19/Agosto/2020

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CULTIVO VAGINAL

En forma voluntaria consiento, que se me realice una AUSCULTACIÓN VAGINAL, para la realización de un cultivo vaginal.

Por lo que le damos a conocer la siguiente información:

- Entiendo que este procedimiento consiste, en la colocación de un espéculo en la vagina para obtener muestra del cuello del útero.
- A pesar de la adecuada elección del caso, así como de la realización del procedimiento, se pueden presentar efectos indeseables, tanto derivados del procedimiento mismo, como de complicaciones debidas a condiciones propias de cada paciente.
- Puede sentir dolor, molestia vaginal leve, ardor, escozor, sangrado o una ligera molestia con el examen pélvico cuanto se inserta el espéculo y el hisopo.
- En algunas situaciones muy especiales, puede llegar a contaminación de la muestra, por lo que podrá ser solicitada una nueva toma.

CONFIRMO QUE ASISTO CON LAS PREVIAS INDICACIONES:

- Abstinencia sexual de tres días antes del examen.
- Bañada pero sin lavados vaginales 24 horas antes del examen.
- Presentarse fuera del periodo menstrual.
- Informo en caso de embarazo o sospecha
- No haber consumido antibióticos 5 días previos a la toma de muestra.
- No haberse aplicado óvulos, ungüentos, cremas, etc.

Una vez que se han aclarado mis dudas respecto a la prueba y el resultado, tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas.

AUTORIZO que la muestra extraída sea analizada con dicho fin, declarando que he recibido una cabal información.

PACIENTE:

FECHA: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) Edad

Teléfono Identificación y Número Firma del paciente o tutor

QUIMICO:

Certifico que la muestra identificada en este formato corresponde a los datos del solicitante.

Clave de identificación y firma del químico No. protocolo de la muestra