**CIFO-0071-v0-CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIAL ADICIONAL PARA**

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS**

DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DEBIDO A LA PANDEMIA POR SARS CoV-2/COVID-19

Versión 2. mayo de 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y apellidos del paciente |  |
| Tipo y número de identificación del paciente |  |
| Fecha |  |

Las cirugías y procedimientos bajo anestesia general o regional durante la emergencia sanitaria debido a la pandemia por COVID-19 en el Instituto Roosevelt, se realizarán de acuerdo con procedimientos estrictos de seguridad y protección para los pacientes, sus acompañantes y el personal de salud. Sin embargo, de acuerdo con la situación epidemiológica actual, y dado que nos encontramos en una fase de mitigación de la epidemia por SARS CoV-2, sabemos que la realización de dichos procedimientos implica algunos riesgos adicionales para cada paciente, y son los siguientes:

1. **RIESGO DE CONTAGIO O INFECCIÓN POR SARS CoV-2-COVID-19.**

Este contagio puede darse de la siguientes formas (sin estar limitado a las que se listan a continuación):

* No adherencia al adecuado lavado de manos con la frecuencia necesaria en cada una de las actividades que implique la asistencia del paciente y su cuidador o acompañante a la atención en nuestra sedes principal.
* No uso o uso inadecuado de elementos de protección personal por parte del paciente y/o de su cuidador (acudiente o acompañante) durante el transporte hacia y desde nuestra sede.
* Infección cruzada por proximidad o contacto con otros pacientes contagiados sin evidencia clínica de enfermedad. Esto puede ocurrir a pesar de la adecuada implementación de procedimientos y protocolos de aislamiento y prevención de infecciones por parte del Instituto en todas sus sedes y por todos sus colaboradores
* Contagio por nexo epidemiológico al interrumpir el aislamiento social para asistir al procedimiento en la institución. Dicho nexo o contacto epidemiológico puede ocurrir en la calle, en el transporte público e incluso en nuestra sede a pesar de la adecuada implementación de procedimientos y protocolos de aislamiento y prevención de infecciones por parte del Instituto y por todos sus colaboradores.
1. **PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD POR SARS COV-2-COVID-19 GRAVE O CRÍTICA**

Algunos pacientes que son contagiados con SARS CoV-2 - COVID-19, pueden presentar una modalidad grave o crítica de la enfermedad. El paciente o su cuidador (acudiente o acompañante) pueden adquirir la enfermedad durante las actividades de traslado o durante su presencia en cualquiera de nuestras sedes a pesar de que el Instituto cuenta con todas las medidas de protección para minimizar el riesgo de contagio durante la atención y, en ese caso, podría presentar una modalidad grave o crítica de la enfermedad con las siguientes complicaciones posibles : afectación pulmonar por el virus (neumonía viral), miocarditis, encefalitis, trombosis venosa central, necesidad de soporte respiratorio, falla respiratoria, necesidad de soporte ventilatorio o ventilación mecánica; esto incluye estancia en Unidad de cuidado Intensivo. Los posibles desenlaces de la modalidad grave o crítica son: disminución de la capacidad vital funcional (por cicatrices en el tejido pulmonar), secuelas neurológicas derivadas de complicaciones por paros cardiorrespiratorios e hipoxia cerebral, y muerte. Es importante que sepa que las enfermedades crónicas, la desnutrición y la edad avanzada (mas de 60 años), son factores de riesgo para presentar las modalidades graves y criticas de la enfermedad.

1. **DETERIORO DEL ESTADO CLÍNICO PREVIO AL PROCEDIMIENTO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS COV-2-COVID-19**

En caso de que el paciente tuviese síntomas relacionados con sospecha de infección por SARS COV-2-COVID-19 o infección confirmada antes de la intervención, los procedimientos relacionados con la anestesia o con el mismo procedimiento quirúrgico podrían deteriorar su condición de salud e incluso tener que llevarlo a estancia en la unidad de cuidado intensivo con las complicaciones, secuelas y desenlaces potenciales explicados en el numeral anterior. Por esta razón, para tomar la decisión sobre el carácter **INDISPENSABLE** de este procedimiento para el paciente, se han seguido procedimientos estrictos de priorización que han sido registrados en la historia clínica del paciente.

A través de varios procedimientos de evaluación del riesgo buscamos identificar pacientes con sospecha o alta probabilidad de infección por SARS COV-2-COVID-19 para aislarlos y disminuir al máximo el riesgo de contagio hacia otros pacientes y hacia el personal de salud. **Por esto es INDISPENSABLE que responda con veracidad a TODAS las preguntas que realiza el personal para identificar si el paciente o su cuidador podrían ser considerados pacientes sospechosos de infección o enfermedad COVID-19**. Si se identifica que el paciente o su cuidador tienen alta probabilidad de infección por SARS COV-2-COVID-19, no se les negará la atención; si es posible, de acuerdo con la condición particular de cada paciente, se reprogramará el procedimiento; en caso de no ser posible aplazarlo por la situación particular del paciente y de su patología, se identificarán los procedimientos mas seguros de atención y se dará prioridad a su estado de salud y a la protección de otras personas y de su propio núcleo familiar a través de nuestros protocolos de atención.

En resumen, al firmar este documento, entiendo y manifiesto lo siguiente:

* He respondido verazmente todas las preguntas que se me han formulado tanto telefónica como presencialmente sobre antecedentes de contacto y presentación de síntomas durante los últimos 10 días tanto en mi mismo como en el paciente (mi hijo(a)).
* Doy mi consentimiento para que mi hijo(a), o yo mismo, seamos sometidos al procedimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en el Instituto Roosevelt**,** exonerándolo de cualquier responsabilidad por un potencial contagio con

SARS COV-2-COVID-19, así como de los desenlaces potenciales de dicho contagio.

* Entiendo que tengo derecho de negar o retirar mi consentimiento para el procedimiento en cuestión en el Instituto Roosevelt y que conozco las alternativas de cuidado que tiene mi hijo(a) o yo mismo si decido no someterlo(a) o someterme a dicho procedimiento.

Consentimiento (Acepto) Disentimiento (No Acepto)

Autorizo al **Instituto Roosevelt** que me sea enviado por correo electrónico el resumen de historia clínica HC y exámenes diagnósticos

SI\_\_\_ NO\_\_\_ Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Manifiesto que he leído el presente documento y que recibí una explicación clara y completa, por lo tanto declaro que he comprendido totalmente lo anterior y que he tenido la oportunidad de resolver mis preguntas sobre este documento y los riesgos que en este se me presentan, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombres y apellidos**Representante legal del paciente** |  | Nombres y apellidos**Cirujano encargado del procedimiento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Firma** |  | **Firma** |