	NOMBRE CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS INTRAHOSPITALARIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19		CÓDIGO 06-FT-087
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO ESPECIAL ADICIONAL PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS INTRAHOSPITALARIOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DEBIDO A LA PANDEMIA POR SARS CoV-2/COVID-19

Nombres y apellidos del paciente: _____

Tipo y Nº de identificación: _____

Fecha: _____

Lugar de residencia: _____

Personal de salud: SI ___ NO ___

Realización de prueba COVID-19 SI ___ NO ___

Resultado y fecha: _____ y _____

¿Requiere prueba COVID previa? _____


Las cirugías y procedimientos bajo anestesia general o regional durante la emergencia sanitaria debido a la pandemia por COVID-19 en Clínica San Rafael se realizarán de acuerdo con procedimientos estrictos de priorización para identificar los procedimientos y actividades que se consideren urgentes o imprescindibles debido a las condiciones particulares de salud de cada paciente (y no de una condición particular) teniendo en cuenta las potenciales repercusiones de dicha condición clínica en la persona, su pronóstico, desenlace y el riesgo que le confiere su condición de base para presentar una enfermedad grave secundaria a infección por SARS CoV-2.

Así mismo, 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 las 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/o su cuidador o acompañante a la atención en el interior de la institución.

	NOMBRE CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS INTRAHOSPITALARIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19		CÓDIGO 06-FT-087
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- 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/o desde el interior de la institución.
- 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 de la Institución en todas sus sedes y por todos sus colaboradores.

2. 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 el interior de la institución a pesar de que se 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 (más de 60 años), son factores de riesgo para presentar las modalidades graves y críticas de la enfermedad.


¿Alguna condición preexistente?

No Sí Desconocido

Si la respuesta es sí, por favor seleccionar todos los que apliquen:

Embarazo (trimestre: _____) Posparto/Puerperio (<6 semanas)

Enfermedad cardiovascular, incluyendo hipertensión

	NOMBRE CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS INTRAHOSPITALARIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19		CÓDIGO 06-FT-087
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

- Inmunodeficiencia, incluyendo VIH
 - Diabetes
 - Enfermedad renal
 - Enfermedad de hígado
 - Enfermedad pulmonar crónica
 - Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica Malignidad
- Otro (especifique):

Ha sido Hospitalizado: No Sí Desconocido

Fecha de última hospitalización: / /

¿Ha requerido cuidados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?

No Sí Desconocido

¿Ha requerido ventilación mecánica?


No Sí Desconocido

¿Ha requerido oxigenación por membrana extracorpórea?

No Sí Desconocido

3. 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

	NOMBRE CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS INTRAHOSPITALARIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19		CÓDIGO 06-FT-087
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

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 más 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 14 días.
- Doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento en LA CLINICA SAN RAFAEL, 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 LA CLINICA SAN RAFAEL y que conozco las alternativas de cuidado que tengo si decido no someterme a dicho procedimiento.

	NOMBRE CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS INTRAHOSPITALARIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19		CÓDIGO 06-FT-087
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 002

Consentimiento (Acepto)

Disentimiento (No Acepto)

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

PACIENTE

 Nombres y apellidos

CIRUJANO

 Firma

 Firma

Representante Legal (menores de edad o pacientes en incapacidad de autorizar)

Firma: _____

Nombre: _____

Documento de Identidad: _____