

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19.

FORMULARIO ADJUNTO AL CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que el Coronavirus (COVID-19) se ha propagando aceleradamente a nivel mundial y, en razón de ello, la ha catalogado como una pandemia, para la cual exige la adopción de diferentes medidas de prevención y control con el objeto de atender la situación epidemiológica y reducir el riesgo de propagación del contagio en la población.

En tal sentido el Decreto Nacional de Necesidad y Urgencia N° 260/20, el Poder Ejecutivo de la Nación, amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley Nacional N° 27.541, por el plazo de un (1) año a partir de la entrada de su entrada en vigencia. Las normativas vigentes varían de acuerdo a la estacionalidad, grados de inmunidad, tasas de contagio o saturación del sistema de salud, por lo que la dinámica de las medidas sanitarias varía en base a dichos elementos.

El propósito de esta información adicional es que usted comprenda los riesgos de su tratamiento e intervención quirúrgica en esta situación actual, para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento durante la PANDEMIA COVID-19. En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA de COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus, la cercanía física del personal sanitario al paciente para los tratamientos e intervención quirúrgica, aún con todos los medios de protección, seguridad e higiene disponibles, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de contagio de COVID-19.

Si bien es imposible conocer con certeza el riesgo que entraña demorar más la cirugía frente al riesgo de contraer una infección por COVID-19 durante su estancia hospitalaria, en su caso concreto, el equipo médico considera que los beneficios potenciales superan a los riesgos de ser intervenido en este momento puesto que su patología requiere tratamiento quirúrgico dado que es sensible al tiempo, vale decir, que su estado de salud empeorará en caso de posponerse.

Los protocolos de actuación hospitalaria se han modificado adecuándose a los criterios que otorguen la mayor seguridad para el personal de salud y los pacientes que deben recibir tratamiento bajo internación. Se ha diseñado un circuito específico para pacientes como usted, en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas se reduce el riesgo de infección tanto como sea posible.

De acuerdo a la situación sanitaria semanal puede negarse el ingreso de visitas o abreviarse al mínimo posible. Las consultas médicas y de enfermería se limitarán al máximo para disminuir su exposición a posibles contagios y no podrá deambular fuera del circuito establecido de seguridad o de su habitación.

Es necesario que informe al médico a su ingreso si tiene o ha tenido síntomas o signos de sospecha de infección por COVID-19 en los últimos 14 días como son: síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre mayor a 37,5 C u otros síntomas relacionados que considere señalar, o si ha mantenido contacto con personas con sospecha o enfermos de COVID-19. Asimismo, también debe declarar que ha respetado los términos del confinamiento obligatorio impuesto durante los últimos 14 días.

Es importante que conozca el riesgo de infección y la posibilidad de desarrollar complicaciones pulmonares o vasculares de variable gravedad de acuerdo a edad, enfermedades crónicas o estado de salud previo al procedimiento.

La F.A.A.A.R. emite el presente documento como adenda a los consentimientos quirúrgicos y/o anestesiológicos habituales. El mismo puede implementarse como modelo o adaptarse a las necesidades que cada servicio considere.



Condición de salud particular que aumenta el riesgo de padecer una infección grave COVID-19:

Declaración de consentimiento.

Yo, _____ de _____ años de edad, DNI _____.
Yo, _____ de _____ años de edad, DNI _____,
en calidad de representante legal, tutor, curador, familiar, allegado, testigo de directivas anticipadas de
_____, DNI _____.

Declaro que el Dr. _____ me ha explicado mi estado de salud, el procedimiento recomendado, los objetivos terapéuticos, los beneficios y los riesgos aumentados en el marco de la pandemia COVID-19. Asimismo, me brindó información apropiada sobre la alternativa de posponer el procedimiento con sus ventajas y desventajas. He comprendido la información que me ha dado, consintiendo el presente documento de forma libre y voluntaria.

En _____ a los _____ de _____ de 20 ____

Firma _____ Aclaración _____

Revoca o niega consentimiento.

Atento a la ley vigente en el contexto de la pandemia COVID-19, revoco o niego el consentimiento prestado en fecha habiéndose brindado un completo y actualizado informe sobre mi estado de salud, el procedimiento indicado, los objetivos, los beneficios, los riesgos, molestias, efectos adversos y las alternativas en el marco de la pandemia COVID-19. Asimismo, recibí de forma clara información adecuada sobre las consecuencias de no realizar la intervención. He comprendido la información que me ha dado, invalidando o negando el presente documento libre y voluntariamente.

Yo, _____ de _____ años de edad, DNI _____.

Yo, _____ de _____ años de edad, DNI _____, en calidad
de representante legal, tutor, curador, familiar, o testigo de directivas anticipadas de
_____, DNI _____.

Firma _____ Aclaración _____ DNI _____

Rechazos

Se me ha explicado mi estado de salud de acuerdo a la normativa vigente rechazo recibir información respecto a la pandemia COVID-19 y brindo el consentimiento de forma libre y voluntaria para la realización del procedimiento.

Firma _____ Aclaración _____ DNI _____