

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO COMPLEMENTARIO COVID 19**

Apellido y Nombre del Paciente:

DNI Nº:  Edad:  TE:  TE CEL:

Apellido y Nombre del Médico:

La pandemia de COVID-19 fue decretada por la Organización Mundial de la Salud en marzo del 2020.

Todos los procedimientos electivos fueron suspendidos o reprogramados según las recomendaciones y evaluados de acuerdo con el estado de cada paciente y el nivel de escenario o fase de la pandemia, basados en el riesgo de infección por COVID 19, las posibles complicaciones relacionadas a ella y la reserva de recursos para la atención prioritaria.

Pero parte de esta recomendación incluye la discusión del riesgo/ beneficio de cada caso en particular entre el paciente y el médico actuante.

Se realizan, en general, solo cirugías de urgencia y oncológicas impostergables (si la misma compromete, según los conocimientos disponibles en la actualidad, su supervivencia en tres meses y no es posible realizar neo-adyuvancia).

Se me explicó que el riesgo de contraer una infección por COVID-19 basado en un contacto hospitalario es bajo, dependiendo de la complejidad de la cirugía, el postoperatorio y la fase de la pandemia. En función de esta los profesionales de la salud, como la Institución, toman los recaudos necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes internados, de acuerdo con las recomendaciones de la autoridad sanitaria en tiempos de pandemia. Entiendo que las complicaciones relacionadas a dicha infección pueden incluir: neumonía, síndrome de fallo respiratorio agudo, fallo cardíaco agudo, fallo renal agudo, fallo hepático agudo, shock séptico, coagulación intravascular diseminada, rabdomiólisis y/o muerte.

Se me ha explicado que de presentar algún síntoma (tos, fiebre, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, ausencia de olfato o gusto, náuseas, vómitos, diarreas), antes o después del postoperatorio, tendré que comunicarme con los servicios de urgencia del lugar de residencia, para decidir los pasos a seguir, y con el cirujano para notificarlo.

Entiendo que, en mi caso, los riesgos de postergar un tratamiento quirúrgico, podrían afectar desfavorablemente la evolución de mi enfermedad incluyendo porcentaje de curación, sobrevida, pudiendo aumentar las complicaciones relacionadas con la misma. Entiendo que los beneficios de la cirugía, en estos momentos, supera los riesgos, siendo la misma proporcionada.

Declaro NO haber realizado viajes al exterior en los últimos 14 días, como así tampoco haber estado en contacto con personas que hayan viajado al exterior recientemente y/o que hayan presentado síntomas como fiebre, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor abdominal, diarrea, conjuntivitis, alteraciones del gusto y/o del olfato en el mismo período de tiempo.

Yo, \_\_\_\_\_, DNI: \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente con respecto a la COVID-19, lo he conversado con mi médico y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción:

Por lo tanto, doy mi consentimiento informado, voluntaria y libremente, para realizar la cirugía al Dr. \_\_\_\_\_ y su equipo, incluyendo la posibilidad del uso de la telemedicina en mi atención médica posterior.

AUTORIZO A QUE SE ME REALICE:.....  
.....

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR/ SUBROGANTE/ REPRESENTANTE LEGAL

Aclaración:..... Relación:.....

DNI:.....

FECHA:.....

FIRMA DEL MEDICO INFORMANTE

SELLO ACLARATORIO

FECHA