



ANEXO IV

ANEXO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente:, n^o historia:
.....

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre la situación de la pandemia por COVID-19 en relación a mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí No

Deseo que esta información le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

El propósito de esta información adicional es que usted esté informado sobre los riesgos de su tratamiento e intervención quirúrgica en esta situación actual excepcional para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento en estas circunstancias excepcionales durante la PANDEMIA de la COVID-19. La situación de pandemia a la que nos enfrentamos y el colapso prolongado del sistema sanitario ha requerido, en la mayoría de los hospitales de nuestro entorno, el cierre casi completo de los bloques quirúrgicos, restringiendo la actividad quirúrgica de los hospitales, casi exclusivamente al ámbito de urgencias.

No debemos olvidar, que el pronóstico de algunas patologías puede empeorar por el retraso de la intervención. Es el caso, especialmente de la patología tumoral, pero también de otros problemas benignos.

Desde el Hospital, se ha diseñado un circuito específico para pacientes como usted en el que mediante una serie de medidas muy rigurosas tratamos de reducir el riesgo de infección tanto como sea posible. Así, entre otras medidas, salvo que mejore la situación, usted no podrá recibir visitas durante el ingreso, las visitas médicas se limitarán al máximo para disminuir su exposición a posibles contagios y no podrá salir a pasear fuera de su habitación.

Es necesario que informe al médico si tiene o ha tenido síntomas/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 > 37,3 o C, u otros síntomas relacionados con la covid-19 que usted considere señalar. Asimismo, ha de informar al médico si ha mantenido contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19, y por último, si ha respetado los términos del confinamiento obligatorio impuesto durante la vigencia del ESTADO DE ALARMA.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario. En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del 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 y la generación inevitable de aerosoles en quirófano aún con todos los medios de protección, seguridad e higiene disponibles, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión y contagio del COVID-19.

Es importante que conozca el riesgo de infección por COVID-19 y la posibilidad de desarrollar complicaciones pulmonares o vasculares en este contexto de pandemia por COVID-19.

Asimismo hay circunstancias especiales que favorecen la transmisión y posible gravedad de la infección del COVID-19 como son: pacientes con edad avanzada, pacientes con enfermedades concomitantes y/o pacientes con inmunosupresión.

Si bien nos 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 que le atiende, así como el conjunto de profesionales que ha valorado su caso, considera que los beneficios potenciales superan a los riesgos por lo que le proponemos ser intervenido en este momento.

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON ESTA INFORMACIÓN?:

.....
.....
.....

Declaraciones y firmas:

D./D^a: con DNI:
.....

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, de la situación excepcional de la intervención quirúrgica en el contexto de la pandemia por COVID-19 así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse en este momento, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dr/a:
.....

D./D^a:

Colegiado nº

Fecha:

D./D^a:, con DNI:
.....

en calidad de a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

representante

Firma del

Fecha:

Revocación del consentimiento:

D./D^a:, con DNI:
.....

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha