

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE EXPLORACIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Este es un documento informativo adicional a la información propia de su intervención quirúrgica o exploración, y pretende explicar, de forma sencilla, los riesgos, debidos a esta situación de pandemia por SARS-CoV-2, para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento o la exploración propuestas, en estas circunstancias excepcionales.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad que produce, la COVID-19, es un proceso con una gran facilidad de transmisión en el ser humano. Esta enfermedad tiene un periodo de incubación variable, que oscila entre 2 y 24 días. Durante este periodo de infección, no aparece ningún síntoma. Por ello, cabe la posibilidad de que Vd. se encuentre en esa fase de incubación durante el periodo preoperatorio, la intervención quirúrgica, o la exploración que Vd. precisa. En ese caso, podría sufrir la enfermedad después de la intervención quirúrgica o la exploración mencionadas, aunque no podrá establecerse el momento y el mecanismo de contagio.

Para intentar minimizar el riesgo de una posible infección por SARS-CoV-2 necesitamos que informe si en los últimos 14 días ha tenido fiebre, tos, dificultad para respirar, problemas gastrointestinales, cansancio, o pérdida de olfato o gusto. También debe de informar si ha sufrido la enfermedad COVID-19, ha estado aislado por orden médica, si ha permanecido en contacto con personas sospechosas o diagnosticadas de COVID-19, o en lugares donde haya podido contagiarse. Si alguno de estos supuestos coincide con su situación, debe ponerse en contacto con su médico.

En estos momentos, no hay una tecnología fiable para conocer, con absoluta precisión, si un paciente, un acompañante, o uno de los sanitarios que le atiende está infectado y pueda contagiarle a Vd. o a los demás pacientes o usuarios. Es cierto que existen una serie de pruebas que pueden diagnosticar la COVID-19 en determinados periodos de su evolución: por ello, le

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
EXPLORACIONES E INTERVENCIONES QUIRURGICAS DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

realizaremos todos los exámenes, actualmente a nuestro alcance, para intentar establecer su posible afectación por el virus SARS-CoV-2. Asimismo, hemos realizado a nuestro personal sanitario y al resto de los pacientes que puedan relacionarse con Vd. -durante su intervención o exploración- los estudios que, según sus circunstancias, han sido necesarios.

En cada 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 en la medida de lo posible. Según el protocolo de cada hospital, es posible que se prohíban las visitas de familiares y allegados durante su ingreso, se limite el contacto con sus médicos a lo necesario o se limite su movilidad fuera de la habitación, para disminuir su exposición a posibles contagios. La información a familiares podrá realizarse de forma telefónica.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

persistirán los síntomas propios de su proceso y su situación evolucionará siguiendo su tendencia natural. No conocemos cuál pueda ser la duración de la COVID-19, por lo que no podemos aconsejarle un periodo de espera tras el que la situación le pueda resultar más conveniente.

BENEFICIOS ESPERABLES

La realización de la intervención quirúrgica o la exploración que tiene programada, mejorarán sus síntomas, podrán curar su proceso o permitirán obtener información importante para su mejor diagnóstico. Tanto Vd. como su médico ponderarán el riesgo existente frente al beneficio de la intervención o exploración pendientes en su caso.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
EXPLORACIONES E INTERVENCIONES QUIRURGICAS DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Hemos adoptado todas las medidas higiénico-sanitarias para evitarle un contagio dentro del hospital, de tal manera que todas las instalaciones y espacios, el instrumental que se va a utilizar, así como el resto de material, han sido tratados con la última tecnología y las medidas, consideradas actualmente como las más apropiadas, para evitar un posible contagio a nuestros pacientes durante su estancia en el hospital. Estos medios se han puesto en marcha, con carácter general, en todos los hospitales, de tal manera que no existe un hospital alternativo en el que las garantías sean mayores.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Existen circunstancias especiales que favorecen la transmisión y aumentan la gravedad de la infección del COVID-19 como son: edad avanzada, enfermedades añadidas -como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, obesidad, enfermedades inmunes o tratamientos inmunosupresores- entre otras.

Como queda dicho, cabe la posibilidad de que, tras la intervención quirúrgica o la exploración realizada, pueda aparecer una COVID-19. Si así fuera, se le someterá al tratamiento más adecuado para su caso. No obstante, debe de saber que la mencionada infección por el virus SARS-CoV-2 es una situación que puede resultar grave para su salud.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
EXPLORACIONES E INTERVENCIONES QUIRURGICAS DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la infección COVID-19, y de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la intervención o exploración que el personal sanitario que me atiende me ha aconsejado.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico, la exploración y la estancia en el hospital son un factor de riesgo de las llamadas infecciones hospitalarias que, como queda dicho, son posibles.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
EXPLORACIONES E INTERVENCIONES QUIRURGICAS DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
EXPLORACIONES E INTERVENCIONES QUIRURGICAS DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

El paciente/representante legal