

ANEXO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CIRUGIA PLASTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

El propósito de este documento es informarle sobre los riesgos añadidos de su tratamiento o intervención quirúrgica en la situación actual excepcional de COVID-19, para que pueda tomar la decisión libre y voluntaria de AUTORIZAR o de RECHAZAR el tratamiento/procedimiento/cirugía electiva con los riesgos añadidos.

EL Dr. Joaquim Suñol y todo el personal están siguiendo de cerca esta situación y han implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, debe entender que existe un riesgo inherente de infectarse con COVID-19 en virtud de proceder con este tratamiento/procedimiento/cirugía electiva.

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: síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, tos seca, secreción nasal, dolor de garganta, fiebre > 37,3 °C, u otros síntomas que usted considere señalar,
- si ha mantenido contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19,
- si no ha respetado la CUARENTENA obligatoria del ESTADO DE ALARMA, salvo situaciones consideradas excepcionales.

RIESGOS GENERALES EN RELACIÓN A LA PANDEMIA POR COVID-19

En el contexto actual de alta prevalencia de infección COVID-19 en nuestro entorno, y a pesar de las pruebas de cribado clínico, radiológico y microbiológico practicado tanto al personal sanitario como al paciente, no es posible descartar al 100% con absoluta certeza que usted pudiera tener una infección asintomática COVID-19.

En caso de que así fuera, y a la luz de las limitadas evidencias procedentes de estudios y publicaciones preliminares con un número reducido de casos y en entornos diferentes al nuestro, la tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y anestésico estándar puede ser moderadamente elevada sobre la situación previa. Las complicaciones adicionales que pudieran aparecer en el supuesto de que su estado fuera de portador asintomático, no identificado ni por la clínica ni por los test de laboratorio y radiología, incluyen todas las observadas en la enfermedad COVID-19.

Para disminuir al máximo la posibilidad que usted sea portador de la enfermedad, le haremos un estudio completo serológico o inmunológico unos días antes de la cirugía para descartar infección aún activa COVID-19 y una placa de tórax. A partir de ese momento usted deberá permanecer confinado para evitar cualquier tipo de contacto hasta el día de la intervención.

Para contribuir a que la cirugía se realice en condiciones de mayor seguridad, en el Hospital se ha diseñado un circuito específico para atención a pacientes, que diferencia claramente los circuitos de atención a pacientes NO COVID-19. Con ello queremos reducir el riesgo de infección tanto como sea posible. Así, entre otras medidas, usted no podrá salir a pasear fuera de su habitación ni recibir visitas durante el ingreso, y los acompañantes se limitarán a uno, siempre el mismo, que no debería entrar y salir del hospital durante su acompañamiento. La entrada de personal en su habitación, en número y frecuencia estrictamente necesarios para garantizar una buena atención, se hará con los correspondientes equipos de protección individual.

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

ANEXO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CIRUGIA PLASTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

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 del COVID-19.

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

Incluso si le hicieron un test de COVID-19 y obtuvo un resultado negativo, las pruebas en algunos casos pueden no detectar el virus o lo puede haber contraído después de la prueba.

Si tiene una infección por COVID-19, incluso no teniendo ningún síntoma, proceder con este tratamiento/procedimiento/cirugía electiva podría dar lugar a una mayor probabilidad de complicaciones y excepcionalmente incluso muerte.

La posible exposición al COVID-19 antes/durante/después de su tratamiento/procedimiento/cirugía puede dar como resultado:

- un diagnóstico positivo de COVID-19,
- cuarentena prolongada/autoaislamiento,
- pruebas adicionales,
- hospitalización que puede requerir tratamiento médico,
- ingreso en cuidados intensivos.

La COVID-19 puede causar riesgos añadidos, algunos de los cuales pueden no conocerse actualmente, además de los riesgos descritos en este documento, así como los riesgos para el tratamiento/procedimiento/cirugía en sí.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

DECLARO:

- Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, de la situación de la infección comunitaria por COVID-19 en relación con la cirugía que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse, por el acto quirúrgico propiamente dicho o por complicaciones de la intervención pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance
- Que consiento la realización de dicha cirugía, siendo consciente y asumiendo los riesgos de la posible infección por COVID-19 que pudiese sufrir, a pesar del cribado y de todas las precauciones establecidas en los protocolos internos del hospital.
- 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.

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

.....

Paciente (o Representante):

Dr. Joaquim Suñol

DNI: Fecha:

Colegiado 24075

Firma:

Firma:

Revocación del consentimiento:

Paciente (o Representante):

DNI: Fecha:

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo todas las posibles las consecuencias derivadas de ello.

Firma: