



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA PARA PCR ASPIRADO O HISOPADO

**POR FAVOR NO FIRMAR ESTE DOCUMENTO SI NO RECIBIÓ EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR
Y DE SU CONTENIDO POR CUENTA DEL PROFESIONAL**

UNIDAD O SERVICIO: _____ **FECHA:** _____

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico y de enfermería en Colombia por la ley 23 de 1981 y ley 911 de 2004, se encuentra el deber informar adecuada y oportunamente a todos sus usuarios los riesgos que pueden derivar del tratamiento que les será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente "artículos 15 y 16 para profesional médico y artículos 6 y 7 para profesional en enfermería". Por tanto, con el presente documento escrito se pretende dar constancia de que usted y/o su familia ha recibido la información del procedimiento que se le practicara y los riesgos del mismo.

Yo, _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad número _____ de _____ o actuando en calidad de representante legal del (a) paciente _____ identificado (a) con documento de identidad número _____, manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá para solicitar y autorizar se practique:

TOMA DE MUESTRA PARA PCR ASPIRADO O HISOPADO: Es un procedimiento invasivo, se poner la cabeza del paciente en un ángulo de 70 grados, se introduce un hisopo en la fosa nasal, se desliza el hisopo por la mucosa del piso de la fosa nasal hasta tocar la pared posterior de la faringe (no introducir el hisopo hacia arriba siguiendo la forma de la nariz, sino hacia atrás siguiendo el piso de la nariz), luego se frota el hisopo en la nasofaringe, o sonda girando para obtener una buena calidad de muestra, se repe el procedimiento con el mismo hisopo en la otra fosa nasal. Retirar el hisopo, o sonda y ponerlo en tubo con medio de transporte, cuidando que quede sumergido en el líquido.

RIESGOS Y COMPLICACIONES: Infección (del paciente o contaminación de la muestra), hemorragia de la vía aérea, aumento de la presión intracraneal, interrupción del soporte ventilatorio, hipertensión/hipotensión, hipoxemia/hipoxia, trauma de mucosa traqueal o bronquial, paro cardiorrespiratorio, disritmias cardíacas, atelectasias, bronco espasmo/broncoconstricción.

RIESGOS DE CONTAGIO POR SARS-COV-2 (COVID-19): Con base en la circulación del virus SARS-COV-2 (Covid-19) existe el riesgo de contagio bidireccional del virus en cualquier escenario, en este caso que el paciente puede contagiar al personal asistencial o que el paciente pueda resultar contagiado durante la estancia hospitalaria o en la realización del procedimiento. Mitigando lo anteriormente mencionado la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá toma las medidas de bioseguridad necesaria para la protección del trabajador y el paciente.

OTROS RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL PACIENTE: _____

BENEFICIOS: Identificación del virus SARS-COV-2 (Covid-19), para evitar para propagación y dar su debido manejo medico

ALTERNATIVAS DIAGNOSTICAS O TERAPEUTICAS: Existe la prueba serológica IGG y IGM el cual se recomienda tomar 7 días después del inicio de los síntomas.

Doy fe que estoy de acuerdo con el contenido, lo entiendo claramente y me responsabilizo por el mismo ante la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá ya que esta determinación ha sido tomada libre y voluntariamente sin coacción ni aliciente, y entiendo que la no realización del procedimiento debido a la no autorización por el paciente o representante legal exime al profesional y al hospital de las implicaciones que pueda tener para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad en estudio. Por lo tanto, certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Para constancia se firma esta solicitud y autorizo a que el resultado sea recibido a través del correo electrónico que dejo registrado en el presente formato y en caso de no contar con uno, recibir el resultado por medio de una llamada al número que también se deja registrado en el formato.

Firma y numero identificación paciente	Firma y numero identificación representante legal	Firma y numero identificación medico
NOMBRE COMPLETO Y/O FAMILIAR RESPONSABLE		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO		
OBSERVACIONES:		

DESISTIMIENTO O REVOCATORIA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN Y/O REMISIÓN
(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981).

Yo, _____ mayor de edad identificado (a) con documento de identidad número _____ de _____ o actuando en calidad de representante legal del (a) paciente _____ identificado (a) con documento de identidad número _____, manifiesto en forma expresa que luego de ser informado (a) por parte de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá sobre el procedimiento de toma de muestra para PCR aspirado o hisopado con sus riesgos, beneficios y alternativas, **DECIDO NO AUTORIZAR** se realice el mencionado procedimiento. En constancia se firma esta solicitud con número de identificación.

Firma y numero identificación paciente Firma y numero identificación representante legal Firma y numero identificación medico