



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-Cov2 (COVID- 19)

Ante la situación epidemiológica actual con relación a COVID-19 sugerimos adjuntar este Consentimiento Informado adicional al utilizado habitualmente en cada Unidad de Endoscopía Digestiva.

Situación Epidemiológica: el 31 de diciembre de 2019, China notificó la detección de casos de una nueva infección por **coronavirus (COVID-19)** que posteriormente fueron confirmados en varios países de distintos continentes. La evolución de este brote motivó la declaración de la **OMS** el 30 de enero de 2020 de la emergencia de salud pública, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (ESPII). A la fecha, la **Organización Mundial de la Salud** continúa la investigación sobre el nuevo patógeno y el espectro de manifestaciones que pueda causar, la fuente de infección, el modo de transmisión, el periodo de incubación, la gravedad de la enfermedad y las medidas específicas de control y vigilancia. La evidencia actual sugiere que la propagación de persona a persona está ocurriendo, incluso entre los trabajadores de la salud que atienden a pacientes enfermos de **COVID-19**. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el estado de pandemia.

El siguiente cuestionario tiene carácter de Declaración Jurada

1. Se me explicó claramente y comprendo que el procedimiento endoscópico al que seré sometido se realizara durante la pandemia por Coronavirus SARS-Cov2 (COVID-19).
2. No he padecido ninguno de los siguientes síntomas en los 14 días previos al procedimiento: fiebre mayor o igual a 37.5, malestar general, tos, dolor de garganta (odinofagia), dificultad respiratoria, perdida del olfato y/o del gusto (anosmia/ disgeusia), conjuntivitis.
3. No he tenido contacto en los últimos 14 días con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.
4. Marcar con una cruz si resido o he permanecido en los últimos 14 días en Zonas de Transmisión Local (ver información actualizada por Ministerio de Salud de la Nación).      SI      NO
5. Por tratarse de una enfermedad de notificación obligatoria (Ley 15.465, Resolución 680/2020 del Ministerio de Salud de la Nación) me comprometo a que en caso de presentar algunos de los síntomas descriptos en el ítem 2 en los próximos 14 días, me contactaré con la Unidad de Endoscopía Digestiva.

El presente consentimiento informado, podrá realizarse digitalmente, a los fines de evitar contactos y disminuir el riesgo de propagación viral.

La institución.....y todos los integrantes del Equipo de salud presentes durante el procedimiento cumplen estrictamente en la utilización del equipo de protección personal (EPP) y las normas de bioseguridad recomendadas por la OMS para minimizar las posibilidades de contagio/transmisión de COVID-19.

Paciente

Nombre y apellido:

DNI:

FIRMA:

Firma y sello del profesional:

Representante legal

Nombre y apellido:

DNI:

FIRMA:

Fecha y Lugar: