



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO DURANTE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS SARS-COV2 (COVID 19)

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 del 2020 de la emergencia de salud pública, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (ESPI). A la fecha, la **Organización Mundial de la Salud** continúa la investigación sobre el nuevo patógeno y el espectro de manifestaciones que puede 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 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 explico 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 síntomas en los 14 días previos al procedimiento: fiebre mayor a 37.5, malestar general, tos, dolor de garganta (oncofagia), dificultad respiratoria, perdida de olfato y/o del gusto (anosmia/disgeusia), conjuntivitis.
3. No he tenido contacto en los últimos 14 días en casos sospechosos o confirmados de **COVID-19**.
4. Marcar con una cruz si residió o permaneció en los últimos 14 días en Zonas de Transmisión Local (Ver información actualizada por el 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 descritos en el ítem 2 en los próximos 14 días me contactare con la unidad de Endoscopias Digestivas.

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

El **CENTRO INTEGRAL DE GASTROENTEROLOGIA** y todos los integrantes del Equipo de salud presente 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 la posibilidad de contagio/transmisión de **COVID-19**.

Paciente

Representante Legal

Nombre y apellido

Nombre y Apellido

DNI

DNI

Firma

Firma