



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCION EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19

Fecha de Diligenciamiento:

Yo, _____, identificado con CC__ CE __ No. _____ de _____, en mi calidad de **PACIENTE** __ **ACUDIENTE** __, por medio del presente documento **DECLARO** que se me ha explicado, entiendo y acepto que:

- Se me realice el procedimiento de endoscopia digestiva (_____) **durante la pandemia covid-19.**
- De manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro y se me ha explicado la naturaleza de la enfermedad coronavirus COVID-19 (SARS-Cov-2) en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte al contraer la enfermedad.
- El modo de transmisión de la enfermedad coronavirus COVID-19 (SARS-Cov-2), a través de aerosoles, microgotas, el contacto estrecho, las superficies contaminadas inanimadas y la materia fecal.
- Las salas de endoscopias reúnen en un solo sitio los mecanismos más importantes de transmisión del SARS-Cov-2 (aerosoles, materia fecal, superficies contaminadas y contacto estrecho). Por estas circunstancias, pueden convertirse con facilidad en un foco potencial de diseminación de la infección y obligan a considerar la sala de endoscopia un “ambiente contaminado”.
- Todas las **Endoscopias Digestivas Altas** y las **Colonoscopias** generan aerosoles. Las **Endoscopias Digestivas Altas** producen aerosoles por la tos y las arcadas por las náuseas y las **Colonoscopias** por los flatos, los cuales pueden contaminar los alrededores cercanos.
- Se me ha explicado y entiendo que, durante la inserción o salida de accesorios del canal de trabajo del endoscopio, el ajuste de succión e insuflación, retiro de pinza de biopsia y manipulación para extraer el material biológico para patología, y durante el procedimiento de prelimpieza del equipo, al terminar la endoscopia, pueden generar movilización de secreciones, aerosoles y microgotas contaminantes.
- Además de generar aerosoles, en la sala de endoscopia hay otras fuentes potenciales de contacto tales como: contacto con entornos contaminados y contacto estrecho de persona a persona (aunque organismos internacionales de salud recomiendan el distanciamiento social de mínimo 2 metros, no es posible cumplirlo al 100% por el desarrollo del procedimiento).
- A pesar de que en Endovideo 2000 Ltda, ha implementado y cumple con todas las normas de bioseguridad y las medidas de limpieza y desinfección, debido a las características del virus, formas de contagio y el procedimiento mismo; existe un riesgo de contraer el virus en el procedimiento de endoscopia digestiva.
- No presento, ni he presentado en los últimos 14 días, ningún síntoma de COVID-19 (SARS-Cov-2) de la siguiente lista: Fiebre, dificultad respiratoria, tos seca, dolor de garganta, secreción nasal.
- No he estado en contacto con alguna persona confirmada para COVID-19 (SARS-Cov-2) o con cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días.
- Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado el riesgo de contagio en el servicio de endoscopia digestiva.

De acuerdo a lo anterior certifico que el contenido de este documento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído y me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL ACOMPAÑANTE
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	NOMBRE Y APELLIDO
No. DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA Y SELLO DEL
MEDICO ESPECIALISTA

ELABORÓ: ANYELA COLLAZOS GALLEGO	REVISÓ: DR. JHON JAIRO CELIS	APROBÓ: DR. FREDY HERNAN CALAMBAS	VIGENCIA DD/MM/AAAA	
CARGO. COORDINADORA DE CALIDAD	CARGO: GASTROENTEROLOGO	CARGO: GERENTE	DESDE 01/05/2020	HASTA 30/04/2021

**DISENTIMIENTO O DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO DE ATENCION**

Yo, _____, con identificación
CC__CE__ No. _____ de _____, en mi calidad de **PACIENTE** __
ACUDIENTENTE__, **NO** autorizo la realización del procedimiento de
_____, secundario a la
explicación e información recibida del documento con "**NOMBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA
COVID-19**".

FIRMA DE QUIEN DISIENTE

ELABORÓ: ANYELA COLLAZOS GALLEGU	REVISÓ: DR. JHON JAIRO CELIS	APROBÓ: DR. FREDY HERNAN CALAMBAS	VIGENCIA DD/MM/AAAA	
CARGO: COORDINADORA DE CALIDAD	CARGO: GASTROENTEROLOGO	CARGO: GERENTE	DESDE 01/05/2020	HASTA 30/04/2021