



**Anexo al DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Sociedad Española de Neurocirugía)**

Tratamiento neuroquirúrgico durante pandemia o riesgo de contagio por Covid19

Se me ha explicado con claridad que, en la actualidad existe un riesgo de que yo esté afectado o contagiado por el Covid19, o bien pueda contraerlo durante mi estancia hospitalaria o desarrollarlo posteriormente en mi domicilio durante el periodo postoperatorio.

En caso de producirse dicho contagio, la evolución postoperatoria puede verse afectada negativamente, tanto en morbilidad como en mortalidad, de manera que, aunque no está establecida con certeza, pudiera ser importante; así pues, se debe asegurar en lo posible la falta de contagio actual y prevenir el del futuro próximo.

Por ello declaro que en las últimas dos semanas no he presentado síntomas como **tos; fiebre, dificultad respiratoria; pérdida aguda de gusto u olfato; diarrea o vómitos** (no dependientes de mi patología neurológica), **ni haber tenido contacto estrecho con personas afectadas por dicho Covid19.**

Se me informa que por parte de los servicios sanitarios se procederá a realizar aquellas pruebas que, con los conocimientos actuales y los medios disponibles, sean más adecuadas para detectar en mí una infección asintomática o previa a presentar síntomas de la enfermedad. Dichas pruebas serán: (Analíticas de sangre; Rx o TAC de tórax; PCR; otras...)

También se me informa de que el Hospital tiene previstos y habilitados distintos circuitos y actuaciones para minimizar la posibilidad de contagio intrahospitalario.

Con todo ello se conseguirá minimizar el riesgo de que yo esté afectado o contagiado por el Covid19, o bien pueda contraerlo durante mi estancia hospitalaria o desarrollarlo posteriormente en mi domicilio durante el periodo postoperatorio; aunque soy consciente de que un pequeño riesgo, imposible de cuantificar, es posible.

Valorados los riesgos anteriormente mencionados y los beneficios que la intervención quirúrgica propuesta me pueden aportar, así como los riesgos de la demora de dicha intervención, reitero en el presente anexo mi consentimiento para la realización de dicha cirugía.



Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y en cumplimiento de la ley general de Sanidad.

Esta es una medida de cumplimiento legal obligatorio ante cualquier acto médico.

Yo D. /Dña. de años de edad, con domicilio en y DNI nº..... como paciente en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente.

ó D. /Dña. de años de edad, con domicilio en y DNI nº..... como su representante legal, familiar o allegado), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente.

EXPONGO

Que he sido INFORMADO/A por el Dr./a., en entrevista personal realizada el díade que es necesario o beneficioso para mi salud que se me efectúe el procedimiento diagnóstico terapéutico denominado:

Ponderados los riesgos y las ventajas, he decidido someterme a la intervención quirúrgica propuesta.

Y para que así conste firmo el presente documento.

En , a de de

Firma del paciente y nº de DNI.....

Firma del testigo y nº DNI.....
(no imprescindible)

Firma del médico informante y nº col.