

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN SITUACIÓN DE ALERTA SANITARIA POR EL VIRUS SARS-CoV-2 (COVID19)

PACIENTE (NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE)

.....

Numero de documento:

.....

PACIENTE (NOMBRE Y APELLIDOS)

.....

Numero de documento:

Comprendemos que estamos viviendo una situación de pandemia debido al SARS-COV 2, virus causante de la enfermedad conocida como COVID-19.

Se nos ha informado que hasta el momento no existe evidencia científica ni notificación por parte de sociedades científicas nacionales e internacionales sobre el impacto que los tratamientos de reproducción asistida puedan tener en la infección por este tipo de virus.

Si bien entendemos que publicaciones preliminares han observado una mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas en pacientes infectadas por COVID-19 que se encontraban bajo tratamiento estrogénico.

Tampoco hay evidencia científica de que el embarazo pueda constituir en sí mismo un factor de riesgo de adquirir una infección por SARS-CoV-2 o de presentar mayores complicaciones en caso de infección en comparación con pacientes no embarazadas.

Sin embargo, la existencia de ciertas enfermedades pre existentes como: enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, inmunosupresión, entre otros, son factores de riesgo para presentar complicaciones por COVID-19.

Por lo tanto, solo se realizarán tratamientos de reproducción asistida en pacientes con alguna enfermedad considerada como factor de riesgo para complicaciones por COVID-19 si cuenta con la autorización de su médico de referencia y previa evaluación de riesgos.

En caso de confirmación o sospecha de infección por COVID-19, se pospondrá el tratamiento que se iba a realizar hasta la curación de la paciente. Esto podría implicar la cancelación de la estimulación hormonal, aspiración folicular o transferencia embrionaria según la evolución del tratamiento. Entendemos que esto podría implicar un potencial perjuicio económico según el caso.

Se nos ha explicado y comprendemos que debemos informar al médico tratante si presento/presentamos alguna de las condiciones que contraindiquen la realización de un tratamiento:

1. Diagnóstico de COVID-19 en los últimos 15 días.
2. Síntomas sospechosos de COVID-19 en los últimos 15 días (fiebre >37,5°C, tos, síntomas respiratorios, diarrea, falta de olfato, dolor de garganta).
3. Contacto estrecho con personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 en los últimos 15 días.
4. Diagnóstico de diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial crónica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, inmunosupresión.

Asimismo, hemos sido informados que, mientras persista esta alerta sanitaria y para garantizar tanto nuestra seguridad como la del personal de salud, es posible que sea necesaria la realización de pruebas diagnósticas (PCR) que informen sobre nuestro estado en relación con el COVID-19 previo a la realización de algún procedimiento de reproducción asistida.

Por todo lo anterior, tomamos la decisión de realizar el tratamiento comprendiendo que actualmente no existe evidencia científica que haya demostrado un mayor riesgo para la madre o para el feto en caso de contraer el COVID-19 con posterioridad a la fecundación o la implantación embrionaria pero comprendemos que esto puede cambiar en los próximos meses dada la escasa información disponible.

Igualmente declaramos que no tenemos conocimiento de encontrarnos en ninguna de las situaciones de riesgo enunciadas, nos comprometemos a completar el Triage (cuestionario) que nuestro médico tratante nos hará, así como comunicar inmediatamente al equipo médico cualquier cambio al respecto.

En , a de de 2020

Firma:

Firma: