

Информированное согласие на случай риска заражения COVID-19

Я _____ (ФИО пациента) понимаю, что даю согласие на плановую процедуру.

Я также понимаю, что новый коронавирус COVID-19 был объявлен Всемирной организацией здравоохранения всемирной пандемией. Я также понимаю, что вирус COVID-19 чрезвычайно заразен и предположительно передается от человека к человеку. Как следствие, федеральные органы и органы штата в области здравоохранения рекомендуют придерживаться принципов социального дистанцирования. Я осознаю, что врачи и персонал Northwest Gastroenterology Clinic and NGC Endoscopy Services внимательно следят за этой ситуацией и приняли разумные профилактические меры, направленные на снижение распространения COVID-19. Однако, учитывая характер вируса, я понимаю, что существует характерный риск заражения COVID-19 в результате выполнения этой процедуры. Я подтверждаю и принимаю на себя ответственность за риск заражения COVID-19 в результате проведения этой процедуры, и я даю свое явно выраженное разрешение доктору _____ и всему персоналу Northwest Gastroenterology Clinic and NGC Endoscopy Services выполнять те же действия.

Я понимаю, что даже после прохождения теста на COVID и получения отрицательного результата тесты в некоторых случаях могут не выявить вирус или я могу заразиться COVID после теста. Я понимаю, что если у меня инфекция COVID-19 и даже если у меня нет никаких симптомов, проведение этой процедуры может привести к более высокому риску осложнений и смерти.

Я понимаю, что возможное воздействие COVID-19 до/во время/после моей процедуры может привести к следующему: положительный диагноз COVID-19, расширенный карантин/самоизоляция, дополнительные тесты, госпитализация, которая может потребовать медикаментозного лечения, интенсивная терапия, возможная потребность в интубации/искусственной вентиляции легких, краткосрочная или долгосрочная интубация, другие потенциальные осложнения и риск смерти. Кроме того, после проведения моей плановой процедуры мне может потребоваться дополнительная помощь, которая может предполагать обращение в отделение неотложной помощи или в больницу.

Я понимаю, что COVID-19 может вызывать дополнительные риски, некоторые или многие из которых в настоящее время могут быть неизвестны, в дополнение к рискам, описанным здесь, а также к рискам, присущим самой процедуре.

Мне предоставили возможность отложить мою процедуру на более поздний срок. Тем не менее, я понимаю все потенциальные риски, включая, помимо прочего, возможные краткосрочные и долгосрочные осложнения, связанные с COVID-19, и я хотел(-а) бы провести желаемую процедуру.

Я ПОНИМАЮ ОБЪЯСНЕНИЕ, У МЕНЯ БОЛЬШЕ НЕТ ВОПРОСОВ, И Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ,

Пациент или лицо, уполномоченное ставить

Дата/врем

Свидетель _____

Дата/время _____