



IPS Centro De Atención Pulmonar
CAP Ltda.

Consentimiento informado Polisomnografía en el marco de la pandemia Covid 19

Fecha: _____

Entidad: _____

La Polisomnografía es un estudio que permite diagnosticar las características del sueño y diferentes enfermedades que tienen origen durante el mismo. El estudio se efectúa durante la noche en una habitación tranquila donde se monitorean múltiples parámetros que nos permiten evaluar e interpretar los diferentes trastornos del sueño.

Este es un procedimiento no invasivo, para lograr la consecución de la información, se requiere la colocación de múltiples electrodos:

- Electrodo en el cuero cabelludo para electroencefalografía
- Electrodo en el área de los ojos para detectar movimientos oculares
- Micrófono en el área inferior del cuello para grabar ronquido
- Electrodo en el tórax para electrocardiograma
- Bandas de tórax y abdomen para visualizar movimientos respiratorios
- Cánula nasal para determinar el flujo respiratorio
- Electrodo en cada pierna para detectar movimientos
- Máscara de CPAP en los casos en que el estudio sea solicitado para titulación con previo diagnóstico de apnea obstructiva de sueño

Conozco y entiendo que actualmente nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada como consecuencia de la pandemia del virus COVID-19. Que por lo anterior conozco, entiendo y se me ha explicado con lenguaje claro y sencillo por el profesional tratante que en la ejecución todas las actividades que impliquen contacto cercano, existe un potencial riesgo de contagio, ya que tales procedimientos pueden generar aerosoles que favorezcan la diseminación de la enfermedad, cuya aplicación puede permanecer en el aire por minutos e incluso horas aumentando la posibilidad de un eventual contagio. Del mismo modo, he sido debidamente advertido y he comprendido acerca del alto riesgo de transmisión del virus SARS Cov2 (COVID-19), de la presencia de otras personas en la IPS y las características del procedimiento Polisomnografía, en virtud de lo cual no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo rigurosamente todos y cada uno de los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados por la autoridad sanitaria

Yo, _____, identificado con cédula número _____ de la ciudad de _____, autorizo y expreso de manera consciente y voluntaria a IPS Centro de atención pulmonar CAP Ltda. para la realización del procedimiento y para que la información derivada del procedimiento pueda ser discutida en reuniones médicas o publicaciones.

Hago constar que he leído y comprendido las instrucciones que se me han dado y que me han resuelto las inquietudes precias al inicio del examen

Firma _____

CC: _____