

	<b>FORMATO</b>	Identificación: <b>FOR-REC-16</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO COVID-19</b>	Versión: <b>0</b>
		Fecha creación: <b>7/Agosto/2020</b>
		Fecha actualización: <b>7/Agosto/2020</b>

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE ANTICUERPOS IgG e IgM DE CORONAVIRUS SARS – COV – 2 (nCoV) EN CASSETTE (Suero/Sangre/Plasma)**

Le damos a conocer la siguiente información:

**FUNDAMENTO DE LA PRUEBA**

La naturaleza de la prueba que nuestro Laboratorio realiza llamada prueba rápida (*presuntiva*), es un Inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral (oro coloidal) para la determinación CUALITATIVA y DIFERENCIADA de la presencia de anticuerpos IgG e IgM contra el virus SARS – COV -2 causante de la enfermedad por COVID – 19 directamente desde muestras de Sangre entera.

Los riesgos a los que usted está expuesto son los propios de una venopunción, en donde todos nuestros materiales para toma de muestra son nuevos para cada paciente.

La prueba puede dar INVÁLIDA y se tendrá que repetir la toma de muestra así como su proceso.

**INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA**

*IgM - / IgG - No hay evidencia de infección por SARS – Cov – 2*

*IgM - / IgG + Probable infección pasada con anticuerpos protectores*

*IgM + / IgG - Probable infección reciente sin anticuerpos protectores*

*IgM + / IgG + Probable infección reciente con anticuerpos protectores en desarrollo*

***Cualquier resultado REACTIVO en esta prueba debe ser interpretado por su MÉDICO y confirmado por una prueba biomolecular de RT – PCR***

Una vez que se han aclarado mis dudas respecto a la prueba y el resultado, tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas, SOLICITO y AUTORIZO que la muestra sanguínea extraída sea analizada con dicho fin, declarando que he recibido información completa sobre la prueba.

***EL RESULTADO SERÁ ENTREGADO VÍA CORREO ELECTRÓNICO EL MISMO DÍA DE LA PRESENTE SOLICITUD.***

PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Apellido Paterno      \_\_\_\_\_ Apellido Materno      \_\_\_\_\_ Nombre (s)      \_\_\_\_\_ Edad

\_\_\_\_\_ Teléfono      \_\_\_\_\_ Identificación y Número      \_\_\_\_\_ Firma del paciente o tutor

QUIMICO:

Certifico que la muestra identificada en este formato corresponde a los datos del solicitante.

\_\_\_\_\_ Apellido Paterno      \_\_\_\_\_ Apellido Materno      \_\_\_\_\_ Nombre (s)

\_\_\_\_\_ Firma del químico      \_\_\_\_\_ No. protocolo de la muestra