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

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 de 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

OBSOLETO