

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO COVID-19	Identificación: FOR-REC-16
		Versión: 1
		Fecha creación: 7/Agosto/2020
		Fecha actualización: 19/Agosto/2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE ANTICUERPOS IgG e IgM
DE CORONAVIRUS Anti-SARS – COV – 2 EN CASETE (Sangre entera de punción digital)

Le damos a conocer la siguiente información:

FUNDAMENTO DE LA PRUEBA

La naturaleza de la prueba que nuestro Laboratorio realiza llamada prueba rápida 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 COVID – 19 directamente desde muestras de Sangre entera de punción digital.

Los riesgos a los que usted está expuesto son los propios de una punción capilar, en donde todos nuestros materiales para toma de muestra son nuevos para cada paciente y se utiliza el equipo de seguridad e higiene recomendado por las autoridades sanitarias correspondientes durante esta pandemia.

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 **POSITIVO** en esta prueba debe ser interpretado por su MÉDICO
y confirmado por una **metodología 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.

_____ No. de Identificación y Firma del Químico	_____ No. protocolo de la muestra
---	---