Para uso administrativo

CASO CLÍNICO Nº

##-AA-CBC

FORMULARIO ACA-I

SOLICITUD DE ANÁLISIS BIOÉTICO DE CASO CLÍNICO

**Este formulario debe ser llenado con letra clara y legible, por cualquier persona que tenga relación directa con el caso clínico que se solicita analizar: profesional responsable, miembro del equipo de salud que brinda la atención, familiares, la persona usuaria o su represente legal. Debe ser entregado a un miembro del Comité de Bioética Clínica.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Comité de Bioética Clínica al que se solicita el análisis: | | |
| Centro médico solicitante: | Servicio solicitante: | |
|  | | |
| **Datos del o la solicitante** | | |
| Nombre Completo: | Número Cédula: | |
| Número de Teléfono: | Correo electrónico: | |
| Relación o parentesco con la persona: | Firma: | |
|  | | |
| Información sobre el caso clínico | | |
| Nº de Asegurado de la persona: | | Anexa documentos: SI NO  Impreso ( ) Digital ( )  Número de páginas anexadas: |
| Es un caso de Donación de Órganos\*: SI NO | |
| El caso es Urgente: SI NO | |
| Existe denuncia administrativa o judicial sobre este caso:  SI NO DESCONOZCO | |
| Motivo de la solicitud: | | |
|  | | |
| **Datos de recibido en el Comité** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma miembro del CBC Fecha de recibido Hora de recibido Sello CBC | | |

\*Si se trata de un caso de donación de órganos se debe contar con lo solicitado en la parte posterior de este formulario.

**Completar únicamente si se trata de un caso de donación de órganos**

El coordinador de trasplantes del centro o quien complete este formulario deberá realizar una revisión de los expedientes clínicos tanto de receptor como del posible donante para completar la información solicitada, de lo contrario no podrá ser recibido por el Comité para su análisis.

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentación Generada de interés para el CBC** | **Fecha en que se realizó o completó** |
| **Posible Donante (Número de Asegurado:**   **)** |  |
| Formulario específico de Consentimiento Informado para el Donante. |  |
| Nota en el expediente sobre el estado de la salud mental y la capacidad de toma de decisiones. (Valoración por Psicología) |  |
| Nota en el expediente sobre las redes de apoyo y la situación socioeconómica.  (Valoración por Trabajo Social ) |  |
| Nota en el expediente sobre la condición general de salud por parte de un médico ajeno al proceso de trasplante. |  |
| **Receptor (Número de Asegurado:** **)\*** |  |
| Formulario específico de Consentimiento Informado para el Receptor.\* |  |
| Nota en el expediente sobre el estado de la salud mental y la capacidad de toma de decisiones. (Valoración por Psicología)\* |  |
| Nota en el expediente sobre las redes de apoyo y la situación socioeconómica. (Valoración por Trabajo Social )\* |  |
| Nota en el expediente sobre la condición general de salud del receptor (No más de 1 mes antes del análisis por parte del CBC)\* |  |

\*Documentación no requerida en caso de donante altruista.