

CONSENTIMENT INFORMAT PER AL TRACTAMENT EN L'ÀMBIT DE LA LOGOPÈDIA DURANT LA CRISI SANITÀRIA DE LA COVID-19

En/na ***** , amb el DNI número ***** , i amb número de logopeda col·legiat ***** , de conformitat amb el que disposa l'article 8.2 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica i d'acord amb l'article 6.2 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, **INFORMA** al/la pacient en/na ***** amb DNI número ***** del següent:

- 1) El tractament logopèdic assistencial consistirà en ***** (descriure el tractament i procediment assistencial) que comportarà l'assistència física i presencial amb el/la pacient.
- 2) Atesa de la crisi sanitària de la Covid-19 i de conformitat amb l'estat d'alarma decretat pel govern de l'Estat, per a poder dur a terme el tractament en logopèdia descrit, cal adoptar les mesures de seguretat i higiene personals per poder mantenir contacte amb el pacient a l'hora d'exercir el tractament i així prevenir el contagi de la malaltia.
- 3) Atesa la pròpia naturalesa dels tractament assistencial en logopèdia, aquesta implica un contacte directe amb el pacient, és per això que s'informa el/la pacient que no es pot garantir un risc zero de transmissió de la covid-19 durant l'assistència del professional sanitari tot i seguir-se les recomanacions de Salut i utilitzar-se tots el mitjans de protecció existents.
- 4) Així mateix, el/la logopeda declara haver pres totes les mesures exigibles per prevenir tota mena de contagis per a poder tractar el/la pacient d'acord amb el tractament logopèdic descrit. Aquestes mesures son les següents: *****
- 5) Informar al/la pacient de l'opció de revocar el consentiment informat en qualsevol moment abans de l'inici del tractament assistencial.

Així mateix el/la pacient Sr/a ***** amb DNI número ***** **DECLARA** que:

- 1) Dóna el seu consentiment al/la logopeda per a la realització del tractament logopèdic assistencial descrit en aquest document de consentiment informat.
- 2) Reconeix ser coneixedor/a del risc de contagi de la covid-19 per la pròpia naturalesa dels tractaments en logopèdia, atès que implica un contacte directe amb el logopeda, i assumeix el risc de transmissió que es pugui derivar del tractament, tot i haver-se seguit les indicacions i disposar de tots el mitjans de protecció disponibles durant el tractament.
- 3) Conseqüentment amb l'anterior, exonera el/la logopeda de qualsevol mena de conseqüència que es pugui derivar del tractament assistencial, inclosa la responsabilitat per contagi de la Covid-19, sempre que no siguin fruit de la mala praxi professional.

4) Abans d'iniciar-se el tractament assistencial, ha facilitat a el/la logopeda tota la informació sobre el seu estat actual de salut, sobretot pel que fa referència a no tenir cap mena de símptoma o sospita de tenir la infecció de la Covid-19.

5) Ha estat correctament informat/da, havent rebut i entès satisfactòriament la informació facilitada per el/la logopeda i haver pogut plantejar-li els seus dubtes i aquests haver estat aclarits.

I perquè així consti, se signa el present document relatiu al consentiment informat en el tractament en logopèdia.

, a de/d' de 20

SIGNATURA del/la LOGOPEDA que informa	SIGNATURA del/la PACIENT o del seu REPRESENTANT LEGAL
--	--