



1. Cuando un profesional de la salud, paciente, familiares o cualquiera que, de una u otra manera, estén interesados en una potencial problemática ética de un caso asistencial y estén relacionados al mismo de una manera directa y comprometida, entiendan necesaria la ayuda y asesoramiento del Comité Hospitalario de Bioética (CHB) de este Hospital, podrán pedir la intervención del mismo a su Coordinador o a cualquiera de sus integrantes en cualquier momento.
2. Para ello se les pedirá que llenen los formularios de: **Solicitud** (Anexo 1 A) por un lado y **Presentación del Caso** (Anexo 1 B) por otro, los cuales les serán facilitados por el Coordinador del CHB o cualquiera de sus miembros.

Reglamento
Anexo 1 - A

SOLICITUD PARA LA INTERVENCIÓN DEL COMITÉ

Nombre y apellido del solicitante:

Relación con el paciente:

Nombre y apellido del paciente:

DNI PACIENTE:

Sexo:..... Edad:.....

Firma y aclaración del solicitante:

Fecha y hora de presentación de la solicitud:.....

Miembro del CHB que recepcionó la solicitud:.....



SOLICITUD PARA LA INTERVENCIÓN DEL COMITÉ

Problemática por la cual solicita la intervención del CHB: (¿por qué cree ud que el Comité debe intervenir?)

Fecha

Firma y aclaración del solicitante



Reglamento
Anexo 1 - B

INSTRUCTIVO PARA LA PRESENTACION DE CASOS

A llenar por el Comité Hospitalario de Bioética

1. Caso número: Fecha de presentación:.....
2. Presentador:.....
.....
3. Historia Clínica número: Servicio:
4. Observaciones:.....
.....

A partir de aquí llenar por el presentador:

A- DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido:DNI.....

Sexo: Edad:..... Fecha de nacimiento:

Domicilio habitual:

Domicilio actual:

Nacionalidad:..... Religión / creencia:

¿Pertenece el paciente a alguna etnia y/o comunidad particular?

.....



B- DATOS DE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico:

Pronóstico de la enfermedad:

Médico tratante:

.....

Historia clínica resumida:

C- CONFLICTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**D- OPINIÓN DE LOS PADRES, CÓNYUGE, HIJOS, HERMANOS, FAMILIARES U OTROS
RESPECTO A LOS TRATAMIENTOS PROPUESTOS:**

.....
.....
.....
.....

E- OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES TRATANTES:

.....
.....
.....

COMENTARIOS U OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha:

Firma y aclaración: