

Instrucciones:

Con el formulario podrá **solicitar el asesoramiento** del comité en la prevención o resolución de los conflictos éticos que puedan generarse en el proceso de la atención sanitaria.

Este formulario es **único para cualquier persona que quiera realizar una consulta**: usuarios, pacientes, representantes legales y familiares, profesionales de la sanidad, responsables y directivos.

Recuerde que el comité, una vez recibida la solicitud, puede **solicitarle que acredite documentalmente la relación** con el proceso asistencial que nos indica en el formulario; así como **información o aclaraciones complementarias** sobre el mismo.

Apartados:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE REALIZA LA CONSULTA

Datos de la persona que consulta al comité. Dicha persona tiene que tener relación directa con el proceso asistencial al que se refiere, siempre que pueda acreditar un interés legítimo para ello.

Cuando la consulta surja en un grupo de personas, será una de ellas la que responda a la solicitud, y el interlocutor principal con el comité.

Rellene los campos de este apartado:

Nombre, Apellidos y D.N.I. de la persona que realiza la consulta.

Fecha de su consulta; se refiere a la fecha donde le surge la necesidad de consultarnos. En el apartado donde se expone el caso tiene la ocasión de indicar las diferentes fechas relevantes.

Domicilio, Localidad y Código Postal para que el comité pueda ponerse en contacto con la persona que realiza la consulta. También es importante disponer del **Teléfono de contacto** y de su **Correo electrónico**.

SU CONSULTA SE REFIERE A:

Marque la casilla de la persona sobre la que surge la consulta en el proceso asistencial (**Usted mismo**, si se trata de una asistencia sanitaria que se le presta a la misma persona que hace la consulta; **Un familiar**, si la asistencia es prestada a un allegado o familiar de la persona que realiza la consulta; o **Un paciente**, cuando la consulta la realiza un profesional sanitario o un directivo de una institución sanitaria.)

¿Qué relación tiene con él?: Indique qué relación familiar tiene, o su relación con el caso y categoría profesional.

¿EN QUÉ CENTRO SANITARIO Y FECHA HA TENIDO LUGAR LA ASISTENCIA SANITARIA?

El centro sanitario donde se desarrolla la asistencia sanitaria debe estar adscrito a este comité. Si pertenece a otro, consulte el Mapa de los Comités de Ética Asistencial de Andalucía en su Web de la Red de Comités de Ética del SSPA de la Junta de Andalucía.

EXPONGA BREVEMENTE EL CASO

Descripción del proceso asistencial donde se produce la consulta, y exposición de los hechos.

Justifique la relación que tiene con el caso, y que ha indicado en este mismo formulario.

Es importante conocer el diagnóstico, tratamiento, procedimiento o proceso principal.

Indique las fechas relevantes y cronológicas del proceso; así como los profesionales implicados. Comente los cambios producidos en el período de tiempo al que se refiere.

Refiera los aspectos, que a su parecer, pueden estar relacionados con los problemas éticos o preguntas que quiera que el comité le asesore.

Recuerde que el comité se pondrá en breve en contacto con usted para informarle; y si lo estima oportuno, para completar la información necesaria para el proceso de deliberación del caso.

Los datos personales y asistenciales que se describan en este formulario de consulta serán tratados con la confidencialidad y protección que ampara la legislación.

¿QUÉ PREGUNTAS REALIZA AL COMITÉ?

Qué problemas quiere que el comité le asesore o delibere, emitiendo un informe no vinculante; es decir, qué cuestiones éticas le plantea al comité.

En el documento de presentación del comité, disponible en la web, encontrará más información sobre la consulta al comité.