

**Consentimento e Termo de Responsabilidade para Realização de Procedimento,  
Cirurgias e internações em Período de Pandemia de COVID-19**

Eu compreendi que serei internado nesse serviço para realização de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, pelo(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, declaro que não tive nos últimos 14 dias febre, sintomas que sugiram infecção respiratória (tosse, falta de ar, dificuldade para respirar e/ou coriza) ou contato com pessoa suspeita ou confirmada de COVID-19, e que fui informado(a) sobre:

- Ao ser admitido para internação, serei submetido a triagem que irão mitigar os riscos de eu estar em vigência de infecção COVID-19, e que caso haja suspeita, o meu procedimento ou internação será adiado ou cancelado, avaliando os riscos e os benefícios;
- Toda equipe estará equipada com dispositivos e realizados todas as medidas que reduzem, mas não impossibilitam o risco de contaminação pessoal pelo Coronavírus.
- O risco de adquirir a COVID-19 durante a internação, devido a proximidade com outros agentes de saúde, assim como acompanhantes, visitantes e pacientes;
- Caso evolua com sintomas suspeitos irei respeitar os fluxos hospitalares e do sistema de saúde acerca do isolamento e transferência hospitalar para hospital de referência, caso haja necessidade;
- Proibição do comparecimento ao hospital qualquer pessoa que esteja com sintomas respiratórios ou suspeitos, seja qual for a causa, mesmo utilizando mascar de proteção;
- Informarei prontamente ao hospital caso evolua com tosse, dor de garganta, febre, coriza, mialgia e/ou falta de ar, afim de ser prontamente atendido e o diagnostico seja esclarecido da maneira mais ágil;
- A proibição de qualquer acompanhante que tenha tido contato com pessoa suspeita e/ou confirmada de COVID-19 em um período inferior a 15 dias;
- A recomendação de pessoa com idade igual ou superior a 60 anos ou que tenham problemas cardíacos, respiratórios, hipertensão ou diabetes de comparecer ao hospital como visitante ou acompanhante;
- A restrição nas visitas e no acompanhamento hospitalar;
- A necessidade dos acompanhantes manterem distanciamento obrigatório entre as pessoas, inclusive com os pacientes, enquanto estiverem nas dependências do hospital; não circular nos corredores do hospital, se dirigindo imediatamente ao local indicado;

uso de mascaras de proteção durante toda permanência no hospital; realizar frequentemente a higiene das mãos.

Declaro que fui esclarecido com todas as informações, tive todas as duvidas sanadas acerca da internação e/ou realização do procedimento, compreendi, concordo e autorizo a internação e/ou realização do procedimento pela equipe médica.

Nome legível do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Nome legível do médico: \_\_\_\_\_

CRM/PB \_\_\_\_\_

Assinatura do médico \_\_\_\_\_

João Pessoa – PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020