|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hospital Regional Do Gama | **Termo de consentimento informado para identificação de cadáver** | |
| **Setor:** NQSP-HRG | | Pagina: 1/1 |

**Nome do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unidade que ocorreu o óbito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portador do RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; **DECLARO** que me foi permitido acesso ao corpo do paciente acima mencionado, para identificar o óbito/cadáver. **DECLARO**, que após assinatura deste termo de ciência e responsabilidade, terei acesso, ao corpo, para identificação, sem estabelecer contato físico com o falecido, com as superfícies, pertences em seu ambiente ou qualquer outro material que possa estar contaminado**. DECLARO,** ainda, ter sido cientificado que existe risco de contaminação e que ao entrar no ambiente de risco deverei tomar todas as precauções par evitar transmissão por contato e por gotículas, colocando um capote descartável, luvas e máscara cirúrgica conforme PROTOCOLO DE MANUSEIO DE CADÁVERES E PREVENÇÃO PARA DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, COM ÊNFASE EM COVID-19 PARA O ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL Versão 3 – atualizado em 24/03/2020.

**DECLARO**, ainda, ter sido cientificado de que em razão do risco de contaminação, apenas 01 (uma) única pessoa poderá ter acesso ao corpo, para sua identificação. **DECLARO**, por fim, que me foram disponibilizados os seguintes EPI’s (**máscara cirúrgica, luva de procedimento, capote descartável**) para realizar o procedimento de identificação do cadáver.

Brasília – DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE/ matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_