

## **Isolamento domiciliar por 14 dias: condutas para pessoas infectadas ou suspeitas de infecção pelo novo Coronavírus - Covid 19**

- ✓ Usar máscara em ambientes compartilhados;
- ✓ Manter o mínimo de contato possível com os moradores da casa;
- ✓ Manter dois metros de distância da pessoa sintomática respiratória;
- ✓ Não dividir itens pessoais. Creme dental, sabonete e toalha de rosto e banho devem passar a ser individuais. A escova de dente deve ser mantida em local separado;
- ✓ Separar a pessoa infectada ou com suspeita de infecção em cômodos diferentes da casa, se possível, destinar um quarto e um banheiro para uso exclusivo da mesma. A higiene deste ambiente deverá ser realizada de preferência pela mesma pessoa, com água e sabão e/ou desinfetantes. Nos casos de domicílios que não tenham mais de um quarto e mais de um banheiro, deixar o quarto para a pessoa suspeita, sendo o ideal que quem não apresente sintomas durma em outro ambiente;
- ✓ Desinfetar as áreas comuns várias vezes ao dia, utilizando água e sabão e/ou desinfetantes (incluindo banheiros compartilhados, vaso sanitário, interruptores, maçaneta, descarga, box e regulador de temperatura do chuveiro, entre outros);
- ✓ Deixar a porta fechada o tempo todo do cômodo com o paciente isolado, porém manter a janela aberta para que haja uma fonte de ventilação e entrada de luz solar;
- ✓ Orientar a pessoa infectada ou com suspeita de infecção respiratória a trocar vestimentas pessoais e a própria roupa de cama diariamente e, se houver secreção visível, embalá-la em saco plástico para transportar até a máquina de lavar ou ao tanque. Lavar separadamente, deixar secar em local arejado e após passá-las;
- ✓ Manter uma lixeira, com saco plástico ao lado da cama da pessoa infectada ou com suspeita de infecção. Antes do descarte, o saco plástico deve ser fechado para jogar na lixeira;
- ✓ Não compartilhar o mesmo sofá ou colchão com outros moradores.

**CASO APRESENTE PIORA DOS SINTOMAS, PROCURE A UPA ZONA NORTE.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ declaro que fui  
devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_  
sobre a necessidade de **isolamento** em regime domiciliar a que devo ser submetido, bem  
como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que  
exercem atividades no âmbito residencial, com data de início \_\_\_\_\_, previsão  
de término \_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de  
isolamento domiciliar:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

E nome do trabalhador doméstico que exerce atividade no âmbito residencial:

4. \_\_\_\_\_

Paciente/Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **RG/CPF nº:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido  
está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento  
da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o  
meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender  
o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as orientações que foram entregues ao  
paciente e/ou seu responsável, contidas no informativo de **“Isolamento domiciliar por  
14 dias: para pessoas infectadas ou suspeitas de infecção por novo coronavírus”**.

Assinatura médico / Carimbo-CRM \_\_\_\_\_