**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ISOLAMENTO SOCIAL/QUARENTENA**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*OPC*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sobre a necessidade de **isolamento** a que devo ser submetido, com data de início \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e previsão de término \_\_\_\_\_\_*AUTO*\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sendo o local de cumprimento da medida (Endereço) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_*OPC*\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Paciente ( ) Responsável

>>> /\* se **Paciente** Grau de Parentesco se torna OPCIONAL.\*/

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_*AUTO*\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_*AUTO*\_\_\_\_\_\_

Sintomas: ( ) dor de garganta ( ) dispneia ( ) febre ( ) tosse ( ) outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.  
Condições: ( ) Doenças respiratórias crônicas descompensadas

( ) Doenças cardíacas crônica ( ) Diabetes

( ) Doenças renais crônicas em estágios avançados ( ) Imunossupressão

( ) Gestante de alto risco ( ) Portador de doenças cromossômicas

**Deve ser preenchido pelo médico (a) e/ou enfermeiro (a)**

Expliquei, ao próprio paciente e/ou seu responsável, o funcionamento da medida de saúde pública que o paciente acima está sujeito, bem como sobre riscos do não atendimento. O paciente e/ou responsável, está (ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

**Abaixo, seguem as orientações a serem seguidas:**

**Principais condutas – Indicadas para casos suspeitos ou confirmados sem necessidade de internação.**

No isolamento domiciliar o indivíduo deve:

• Permanecer em isolamento domiciliar (em casa) durante 14 dias (a partir da data de início de sintomas).

• Manter distância dos demais familiares, permanecendo em ambiente privativo e ambiente da casa com ventilação natural.

• Utilizar máscara de tecido e trocá-la quando estiver úmida.

• Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar OU praticar etiqueta da tosse (tossir e espirrar na parte interna do braço).

• Higienizar as mãos frequentemente com água e sabão ou gel alcoólico a 70%.

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

|  |  |
| --- | --- |
| 01. |  |
| 02. |  |
| 03. |  |
| 04. |  |

/\* Exame Solicitado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Hora da Coleta: \_\_\_\_:\_\_\_\_ \*/

São Rafael, \_\_\_\_AUTO\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional