

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, VISITAS PRESENCIAIS E/OU VIRTUAIS DURANTE A PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS COVID-19.

DADOS DO PACIENTE:

(COLAR ETIQUETA DO PACIENTE)

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO

Declaro que:

1. O Dr. _____ CRM/PR nº _____ informou-me que o procedimento cirúrgico a que serei submetido em ____/____/____ acontecerá durante a pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19), declarada pela Organização Mundial da Saúde e reconhecida pelas autoridades brasileiras como situação de calamidade pública, bem como afirmo ciência do estado de transmissão comunitária do novo Coronavírus (COVID-19) no Brasil, conforme Portaria nº 454/20-MS, de 20 de março de 2020, amplamente noticiado pela imprensa mundial;
2. Foi esclarecido que o novo Coronavírus (COVID-19) se trata de um agente patológico que pode afetar qualquer membro da comunidade e que, por vezes, esse agente pode ser assintomático, e estou ciente:
 - a) Do agravamento dos riscos que abarcam, tanto o procedimento, quanto os cuidados pós cirúrgicos, e sobretudo durante o período de minha internação, referente a possível contaminação pelo novo Coronavírus(COVID-19);
 - b) De que tais riscos decorrerão do contato ou aproximação com outros pacientes infectados, mesmo que assintomáticos ou até mesmo, com outros profissionais da saúde;
 - c) De que eventual infecção com o novo Coronavírus (COVID-19) poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldades respiratórias e, até mesmo, o óbito;

3. Fui informado que diante de todas as circunstâncias inerentes ao período pandêmico, muito embora o Hospital Nossa Senhora do Pilar e sua Equipe, sigam plenamente as determinações legais para inibir quaisquer formas de contaminação, estou ciente de que o risco é existente, pelas razões antes expostas, e como de conhecimento amplamente divulgado por todas as mídias de comunicação;
4. Não apresentei nos últimos 14 (catorze) dias quadro de febre, tosse, diarreia, perda do olfato e/ou paladar, dor de garganta, dificuldades respiratórias, cefaleia intensa, coriza ou tive o diagnóstico de infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19), e que entrarei em contato com o Hospital Nossa Senhora do Pilar caso presente, nos próximos 10 (dez) dias, quaisquer destes quadros;
5. Ao chegar no setor de realização do procedimento proposto, compreendi que terei minha temperatura corporal verificada pela equipe de enfermagem através de dispositivo apropriado e, caso presente febre e meu procedimento não for considerado como de urgência, o mesmo será postergado até que eu apresente melhora do quadro clínico;
6. Tenho ciência que as visitas hospitalares estão condicionadas ao cumprimento de protocolo específico do Serviço de Infecção Hospitalar do Hospital Nossa Senhora Do Pilar;
7. Respeitadas as observações médicas sobre o momento adequado e em eventual impossibilidade de receber visitas presenciais poderei autorizar a realização da visita virtual com familiares, a qual poderá ser realizada via videochamada e/ou chamada de voz, por meio de aplicativos de mensagens, instalados em smartphones e/ou tablets.
8. Entendo e fui cientificado pelo Hospital Nossa Senhora do Pilar, que a tele chamada será resguardada pelo sigilo médico e não haverá o armazenamento de dados, tendo como finalidade apenas a transmissão da imagem e/ou voz do familiar ao paciente. Sendo vedada a divulgação de imagens por parte do paciente e de seus familiares, por qualquer meio que possa expor pacientes ou o próprio serviço de saúde.
9. Assim, de frente as informações anteriormente apresentadas de modo que esclareceram os riscos envolvidos para procedimento médico e visitas em momento pandêmico, tenho completa ciência dos riscos de contaminação hospitalar. Desta forma, isento o Hospital Nossa Senhora Do Pilar de qualquer responsabilidade por eventual contágio pelo Novo Coronavírus, e ratifico neste ato minha plena e livre autorização para prosseguir com todos os atos para a realização do procedimento médico a que serei submetido.
10. Estou ciente de que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não substitui, mas apenas complementa, ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Específico ao meu procedimento.

Tendo em oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e por ser expressão da verdade, firmei o presente Termo.

Curitiba, _____ de _____ de 20_____

(Assinatura do Paciente ou Responsável Legal)

Nome:

CPF: