

**TERMO PARA VISITA PRESENCIAL/ACOMPANHANTE DE PACIENTE INTERNADO DURANTE A
PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS COVID-19**

DADOS DO PACIENTE:

(COLAR ETIQUETA DO PACIENTE)

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: _____

CPF: _____

CONSIDERANDO que:

- (i) Foi declarada a pandemia pelo novo CORONAVÍRUS (COVID-19) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecida pelas autoridades brasileiras como situação de calamidade pública;
- (ii) O estado de transmissão comunitária do Coronavírus no Brasil foi declarado pela Portaria nº 454/20-MS, em 20.03.2020;
- (iii) O internamento do paciente neste Hospital está acontecendo durante a pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19);
- (iv) 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 que há possibilidade de contaminação, dado que é altamente infeccioso e com grande capacidade de disseminação entre a população;
- (v) Eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar no organismo febre, dores musculares, dificuldades respiratórias e, até mesmo, a própria morte;

(vi) O artigo 9º do Decreto Municipal nº 470/2020, com redação dada pelo artigo 4º do Decreto Municipal 1601/2021, estabelece que a visitação de paciente, internados em hospitais e demais serviços de assistência à saúde, fica condicionada ao cumprimento de protocolo específico do Serviço de Infecção Hospitalar da respectiva Instituição;

DECLARO QUE:

1. Estou ciente que este momento é de extrema gravidade e que toda a equipe de saúde estará equipada com dispositivos e equipamentos que reduzem drasticamente; mas não impossibilitam, o risco de contaminação pessoal pelo novo Coronavírus (COVID-19);
2. Compreendi que a qualquer momento e a critério da Equipe Multidisciplinar do Hospital Pilar, a presença de visitante poderá ser suspensa;
3. Não apresentei nos últimos 14 (catorze) dias quadro de febre, tosse ou tive o diagnóstico de infecção pelo novo Coronavírus (COVID19), e que entrarei em contato com o Hospital Nossa Senhora do Pilar caso apresente, nos próximos 14 (catorze) dias, quadro de febre, tosse, dores musculares e/ou dificuldades respiratórias;
4. Compreendi que terei minha temperatura corporal verificada pela equipe de enfermagem através de dispositivo apropriado e, caso apresente febre não poderei realizar a visitação ao paciente;
5. Compreendi que terei que utilizar máscara facial de acordo com o protocolo específico do Serviço de Infecção Hospitalar do Pilar Hospital para realizar a visita ou permanecer como acompanhante do paciente e caso não a utilize, não poderei realizar a visitação ou permanecer como acompanhante do paciente;
6. Diante das informações prestadas pela Equipe do Pilar Hospital, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, as quais esclareceram os riscos envolvidos e não deixaram qualquer dúvida, tenho ciência dos riscos de contaminação no ambiente hospitalar em razão da notória epidemia do Novo Coronavírus (COVID-19), e ratifico neste ato a minha livre e inequívoca decisão de visitar ou permanecer como acompanhante do paciente _____.
7. Que possuo Certificado Nacional de Vacinação COVID-19: () SIM () NÃO

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Curitiba, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Assinatura do Visitante/Acompanhante