**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO EM VIGÊNCIA DE PANDEMIA POR CORONAVÍRUS**

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

**Data do exame: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_**

­­

1. Eu compreendi que serei submetido um PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO durante uma pandemia por coronavirus.

2. Declaro que não apresentei nos últimos 10 dias quadro de febre, (temperatura > 37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza.

3. Declaro que não tive contato com qualquer pessoa que tenha apresentado esses sintomas nos últimos 10 dias

5. Eu compreendi que terei minha temperatura corporal aferida antes de entrar no Serviço de Endoscopia Digestiva e me responsabilizo pelas informações acima prestadas.

Declaro que me foram fornecidas todas estas informações em linguagem clara e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram sanadas.

Curitiba, \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome legível Assinatura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome legível Assinatura (testemunha)