

**TERMO DE CIÊNCIA PARA INTERNAÇÃO DE  
PACIENTE COM DIAGNÓSTICO  
CONFIRMADO OU SUSPEITO DE  
COVID-19**

Nome da instituição: \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Este termo de ciência é destinado aos pacientes com diagnóstico confirmado ou suspeito de COVID-19 com necessidade de internação de urgência ou emergência. Tem o objetivo de esclarecer ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados aos riscos do COVID-19.

Entendo que este momento é de extrema gravidade e que em razão do risco de contaminação de outros pacientes, eu e/ou meu responsável fomos orientados que:

- Visitas hospitalares para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 **estão proibidas;**
- Pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 permanecerão em isolamento, sem a permanência de acompanhante, sendo que o seu acompanhante deverá ficar em isolamento domiciliar a partir da suspeita. Nestes casos os boletins médicos serão fornecidos aos familiares pelos meios indicados pelo paciente;
- Exceção para permanência de acompanhantes nos casos de pacientes gestantes, menores de idade, idosos, internado em unidades não críticas. De acordo com leis vigentes;
- É terminantemente proibido o comparecimento ao hospital de acompanhantes com suspeita ou sintomas de resfriados, gripes ou qualquer outro sintoma respiratório, seja qual for a causa, mesmo que utilizando a máscara de proteção. Caso, após permanência no hospital, esse acompanhante apresente os sintomas, solicitamos que informe prontamente o Hospital para providencias de isolamento das pessoas com quem ele manteve contato;
- É proibida a entrada de qualquer acompanhante que tenha mantido contato com alguém com suspeita ou confirmação de COVID-19 (coronavírus) em período inferior a 15 (quinze) dias, mesmo que você ele não tenha qualquer sintoma;
- Não é recomendado que qualquer pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou pessoas que tenham comorbidades pré-existentes (problemas cardíacos, respiratórios, hipertensos, diabéticos) compareçam no Hospital na condição de acompanhante;
- Acompanhantes, quando autorizados a permanência:
  - ✓ Deverão manter distanciamento obrigatório de outras pessoas enquanto estiver nas instalações hospitalares, como elevadores, inclusive de pacientes e profissionais;
  - ✓ Não circular nos corredores do hospital. Ao entrar para acompanhar um paciente se dirija imediatamente para o leito indicado;
  - ✓ Usar máscara hospitalar descartável durante sua permanência no Hospital (obrigatório).
  - ✓ Manter a higiene das mãos com frequência. O Hospital disponibiliza água e sabão nos quartos, bem como álcool em gel 70% para higienização das mãos nas instalações hospitalares;
  - ✓ Não compartilhar objetos de uso pessoal como celulares, canetas, mascaras, luvas entre outros;
  - ✓ Por medida de segurança, locais que possam causar acúmulo de pessoas estão fechados. Por este motivo, a lanchonete não estará funcionando para refeições e cafés no local.

Em atenção às medidas de contenção de transmissibilidade do COVID-19, objetivando compatibilizar os interesses coletivos e privados, comunicamos que o boletim médico dos pacientes que estiverem internados sem acompanhantes **POR DETERMINAÇÃO MÉDICA OU INSTITUCIONAL** poderá ser transmitido por meios não presenciais de comunicação ao familiar, representante legal ou indicado pelo paciente, devendo o médico relatar no prontuário o nome do familiar e horário que se deu a comunicação.

**AUTORIZO**

**NÃO AUTORIZO**, a emissão de boletim médico por meios não presenciais durante a pandemia por COVID-19. Sendo esses meios preferencialmente telefone, vídeo chamada, email ou whatsapp.

Familiar ou representante autorizado a receber informações por meios de comunicação acima citado

**Nome**

**completo:** \_\_\_\_\_

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

**Meio de contato autorizado:**     telefone    vídeo chamada    email    Whatsapp

**Telefone:** DDD (   ) \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

É de responsabilidade do paciente e acompanhante seguir rigorosamente os protocolos internos de segurança e de prevenção do COVID-19.

Declaro que me forneceram todas as informações acerca da internação e/ou realização do procedimento neste momento atual de pandemia por COVID-19 e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Compreendo que este Termo de Ciência não substitui, mas complementa o Termo de Consentimento específico.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo a internação e/ou realização do procedimento pela equipe médica.

**Nome legível Paciente ou responsável:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura Paciente/Responsável:** \_\_\_\_\_

**Esse documento deverá ser aplicado no ato da internação do paciente e mantido em prontuário até o momento da alta hospitalar. Nenhum campo deverá ser mantido sem preenchimento.**