

TERMO DE CIÊNCIA PARA INTERNAÇÃO OU REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO PARA PACIENTE SEM SUSPEITA 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 é destinado aos **pacientes com necessidade de internação de urgência, de emergência sem suspeita ou confirmação de COVID 19 ou realização de procedimentos eletivos**. Tem o objetivo de esclarecer ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados aos riscos do COVID-19.

1. Declaro que nos últimos 14 (quatorze) dias () **EU TIVE** () **EU NÃO TIVE FEBRE** (temperatura corporal > 37,8 °C), ou sintomas que sugerem infecção respiratória (tosse, falta de ar, dificuldade de respirar e/ou coriza), dor de garganta, perda ou diminuição do olfato, alteração do paladar ou diarreia.

2. Declaro que () **EU TIVE** () **EU NÃO TIVE** contato com pessoa com suspeita ou confirmação de COVID-19 nos últimos 14 (quatorze) dias.

Compreendo que ao ser admitido para a internação e/ou realização do procedimento, serei avaliado e submetido à triagem que irão mitigar o risco de eu estar em vigência de infecção de COVID-19, e que caso haja alguma suspeita, o meu procedimento poderá ser adiado ou cancelado, avaliando o meu risco e benefício.

Entendo que este momento é de extrema gravidade e que toda a equipe de saúde estará equipada com dispositivos que reduzem drasticamente, mas não impossibilitam, o risco de contaminação pessoal pelo Coronavírus. Tais medidas incluem o aumento do intervalo entre os procedimentos, distanciamento social nas salas de espera e áreas de recuperação pós anestésica, higienização sistemática das superfícies, salas de exames, desinfecções de alto nível, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) pela equipe de saúde e por mim (quando indicado e orientado pela equipe) entre outros.

Estou ciente que que estou realizando a minha internação e ou realização de procedimento eletivo neste momento de pandemia por COVID 19, e conforme o meu médico me explicou, estou ciente que existe risco em razão da proximidade com agentes de saúde, outros pacientes, acompanhantes e visitantes, que podem ou não apresentar sintomas.

Fui informado pelo meu médico assistente e/ou equipe médica designada pelo hospital sobre a necessidade de internação neste momento e/ou os riscos e benefícios de optar pela realização do tratamento eletivo, especialmente em relação ao COVID-19, e compreendo os riscos existentes. Esclareço que durante o processo de decisão e planejamento para internação ou realização de procedimento eletivo hospitalar, fui devidamente orientado pelo meu médico assistente, pelos riscos da pandemia do COVID-19 e da possibilidade de contaminação no período pré e pós-operatório e/ou de tratamento hospitalar nas instalações hospitalares.

Em razão do risco de contaminação, eu e meu acompanhante fomos orientados que:

- A instituição fará a adoção de fluxos separados para o cuidado de pacientes suspeitos ou diagnosticados com COVID-19, internados em ala hospitalar de isolamento e conta com a assistência de profissionais alocados exclusivamente para o tratamento desses pacientes;
- É terminantemente proibido o comparecimento ao hospital de qualquer pessoa 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 você apresente os sintomas, solicitamos que informe prontamente o Hospital para providencias de isolamento das pessoas com quem você 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 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 visitante e/ou acompanhante;
- Visitas hospitalares e presença de acompanhantes **estão restritas**;

- Gestantes, idosos, menores de idade e pacientes em fase final de vida poderão permanecer acompanhados em tempo integral;
- Acompanhantes:
 - ✓ 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; será proibida a livre circulação de acompanhantes e visitantes pelas áreas hospitalares;
 - ✓ Usar máscara hospitalar descartável durante sua permanência no Hospital (uso obrigatório);
 - ✓ Realizar a higiene das mãos com frequência. O Hospital disponibiliza água e sabão nos quartos, bem como álcool em gel 70% para higienização das mãos durante a permanência nas instalações;
 - ✓ 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, lanchonetes, cafeterias, lojas de conveniência não estará funcionando para consumos no local ou atendimento balcão. Consulte a equipe sobre retirada ou entrega de produtos;
 - ✓ Todos acompanhantes receberão as mesmas orientações, o que desde já autorizo.

Nos casos de internação preencher os campos abaixo:

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: _____

Colaborador que aplicou o termo: _____

Nome completo

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.