

**TERMO DE ESCLARECIMENTO,
CONSENTIMENTO E NOMEAÇÃO DE
ACOMPANHANTE DOS PACIENTES –
COVID-19**

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome da instituição: _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Sexo: ____ Leito: _____

Data de admissão: ____ / ____ / ____ Hora: ____: ____ Registro: _____

Nome do diretor médico: _____ CRM: _____

I. DADOS DO PACIENTE			
Nome completo:			
Data de nascimento:		Estado civil:	
CPF:		RG:	
Naturalidade:			
Endereço:		Nº:	complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:	
UF:	Telefone: ()	e-mail:	

II. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL			
Nome completo:			
Data de nascimento:		Estado civil:	
CPF:		RG:	
Naturalidade:			
Endereço:		Nº:	complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:	
UF:	Telefone: ()	e-mail:	

III. ORIENTAÇÕES GERAIS

Em virtude da evolução dos casos de suspeita e confirmação de COVID-19 no Brasil, seguindo orientações da Organização Mundial da Saúde, Conselho Federal de Medicina e autoridades sanitárias e públicas, estão adotando medidas de segurança para a preservação da saúde e segurança de seus pacientes, acompanhantes e funcionários.

Dentre os protocolos de prevenção adotados, foi instituída a política de limitação do número de visitas e de acompanhantes dos pacientes que são menores de idade que estão internados nesta Instituição.

A medida visa diminuir os riscos de infecção do ambiente hospitalar e, principalmente, do paciente acompanhado.

A Instituição recomenda que os responsáveis legais pelo paciente, em comum acordo, optem pela permanência de **apenas um** responsável para acompanhar o paciente.

Não será permitida a permanência, nas dependências do Hospital, de pessoas com resfriado ou gripe; que tenham mantido contato recente, de no máximo 15 dias, com pessoas com suspeita ou confirmação de infecção ou; enquadradas nos grupos de risco da Covid-19. De acordo com estudos publicados pela OMS, estão no grupo de risco as pessoas maiores de 60 (sessenta) anos ou com condições de saúde pré-existentes, como problemas respiratórios, cardíacos ou diabetes.

É de responsabilidade do acompanhante seguir rigorosamente os protocolos internos de segurança e higienização, tais como **constante higienização das mãos e pulsos; uso regular de álcool gel; uso de máscaras, quando expressamente recomendado pelo médico assistente; restrição da circulação em ambientes demarcados; evitar contato desnecessário, principalmente físico, com outras pessoas; manter distância mínima de um 1m de outras pessoas; aderência às limitações de horário de refeições, para evitar aglomerações de pessoas; evitar contato físico desnecessário com o paciente acompanhado e visitantes e; demais medidas constantes nos protocolos da Instituição.**

Caso todos os Responsáveis Legais do paciente estejam impossibilitados de acompanhá-lo, em razão das condições especificadas no parágrafo anterior, estarão obrigadas a indicar um SEGUNDO, maior e capaz, para acompanhar o paciente.

IV. DESIGNAÇÃO DO ACOMPANHANTE DO PACIENTE

Por este ato, fica designado como acompanhante do paciente o Sr(a).:

V. DECLARAÇÃO DO ACOMPANHANTE

Eu, acompanhante do paciente, declaro o quanto segue:

- Recebi esclarecimentos quanto as novas políticas desta Instituição para o enfrentamento da Covid-19, popularmente denominado coronavírus;
- Não apresento qualquer condição que me impeça de acompanhar o paciente, tais como contato recente com pessoas com suspeita ou confirmação de infecção, gripe ou resfriado, apresentação de quaisquer sintomas da Covid-19 ou enquadramento no grupo de risco da doença.
- Compreendi que as novas medidas, adotadas pela Instituição, visam a segurança e a saúde dos pacientes, demais acompanhantes, visitantes e funcionários.
- Me comprometo a seguir os protocolos internos de segurança e higienização.
- Foi explicado, detalhadamente, de forma clara e objetiva, quais são as medidas iniciais de higienização que devo seguir, restando claro que os protocolos poderão ser alterados, a qualquer momento, de acordo com novas orientações das autoridades públicas e de saúde.
- Fui informado(a) sobre os cuidados que devo adotar na circulação e comunicação com pacientes, demais acompanhantes e funcionários, estando claro que a comunicação deve ser estabelecida apenas quando necessário.
- Estou ciente que, caso haja necessidade de substituição do acompanhante do paciente, por qualquer motivo, devo comunicar a equipe de assistência, com antecedência.
- Em caso de apresentação de quaisquer sintomas da Covid-19, estou ciente que devo comunicar imediatamente algum profissional de saúde e seguir todas as medidas indicadas pelo Hospital.
- Tenho pleno conhecimento da importância das orientações e recomendações indicadas e das consequências advindas de sua inobservância.
- Declaro, para todos os fins, que o presente termo é firmado sem qualquer vício, sendo manifestada expressão de minha vontade.

VI. DECLARAÇÃO DO(S) RESPONSÁVEL(EIS) LEGAL(AIS) QUE NÃO ACOMPANHARÁ(ÃO) O PACIENTE

Eu, Responsável Legal, do paciente acima designado, neste ato:

- Declaro ciência das medidas tomadas pela Instituição e concordo com a indicação do acompanhante nomeado neste Termo.
- Estou ciente que, caso se faça necessário, acompanharei o paciente ou indicarei um terceiro, maior e capaz, para que o faça, desde que haja a concordância desta Instituição e aderência das políticas internas de combate ao Covid-19.
- Declaro, para todos os fins, que o presente termo é firmado sem qualquer vício, sendo manifestada expressão de minha vontade.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável pelo paciente

Testemunha 1

Testemunha 2

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome legível, Nº do conselho e visto ou carimbo com Nº do conselho e visto