



Preencher quando não houver etiqueta

Nome:

Data Nasc:

Cód.:

Leito:

Conv.:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS EM PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19

Nome do paciente:

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo:

Registro: Convênio:

Unidade de internamento: Leito:

No momento atual de pandemia, essa unidade de saúde, em total atenção à segurança do paciente e de seus acompanhantes/ representantes legais, registra que:

i) Vem adotando rigorosas medidas de Prevenção e Controle de Infecções (PCI) para a doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2, denominada COVID-19, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Governo Federal, na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que incluem medidas como a restrição de circulação nos mais diversos ambientes;

ii) Tem utilizado Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a exemplo de máscara N95 ou PFF2, máscara cirúrgica, luvas e propés, tudo compatível com o grau de risco de exposição, sendo seu uso obrigatório para todos os atos médicos e em todo o ambiente hospitalar, durante a pandemia;

iii) Tem considerado as vantagens de cirurgias minimamente invasivas, quando possíveis de realização, sobretudo para a diminuição do tempo de permanência hospitalar por parte dos pacientes;

iv) Possui ambiente exclusivo ao tratamento dos pacientes portadores da Covid-19, com fluxos especiais e equipes específicas, com o intuito de isolar o referido local e o trânsito de determinados profissionais nas demais áreas hospitalares;

v) Tem seguido a recomendação com os cuidados adicionais, a exemplo da minimização no uso de equipamentos ou dispositivos cujo uso possa dispersar aerossol.

Nesse sentido, conforme a previsão constante na recomendação nº 02/2020, do Creneb, que aconselha a manutenção das consultas e procedimentos ambulatoriais e orienta para a realização de cirurgias durante a pandemia da COVID 19, bem como e na Circular 67/2020, do CFM, que determina a cada Conselho Regional de Medicina (CRM), no âmbito da sua jurisdição, a avaliação da necessidade, ou não,

de se recomendar a suspensão de consultas, cirurgias e procedimentos eletivos, o(a) paciente , por si ou por seu representante legal, declara, no momento, estar assintomático em relação aos conhecidos sintomas da COVID-19, e ter ciência de que será submetido(a) ao procedimento de..... , nesta unidade de saúde, tendo sido informado(a) acerca da importância do controle da enfermidade que o(a) acomete, justificando, assim, a realização da cirurgia/ procedimento descrito.

A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente será submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram explicadas claramente, entendendo o paciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autoriza o paciente qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como autoriza que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Informa o paciente/ representante legal ter sido orientado acerca do período de incubação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), podendo haver pessoas portadoras do vírus sem a apresentação dos sintomas, que sirvam como meros transmissores da doença, inclusive com resultados obtidos como “falso negativo”.

Declara ter sido orientado, ainda, no sentido de que, a despeito de estar o Hospital atendendo a todas as recomendações de biossegurança, inclusive com a segregação da área de tratamento do coronavírus, tal fato não isenta, por completo, o risco de eventual contágio pelo vírus, não havendo que se falar, diante da situação excepcional de pandemia, de responsabilização do Hospital por eventual teste que resulte positivo, posteriormente ao momento de realização do procedimento/ cirurgia.

Compromete-se o paciente, por fim, a seguir todas as prescrições e cuidados indicados, oralmente ou por escrito, especialmente a de, após a alta hospitalar, permanecer em isolamento domiciliar, pelo prazo mínimo de 15 dias, tendo conhecimento que qualquer omissão poderá colocar a sua saúde ou bem-estar em perigo, ocasionando, ainda, sequelas temporárias ou permanentes, além de comprometer a saúde de pessoas com as quais venha a ter contato.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter ciência dos riscos de contágio pela Covid-19, para mim e meus acompanhantes, bem como dos objetivos e do grau de importância da realização do presente procedimento no momento atual de pandemia.

Afirmo, ainda, que, nos últimos 15 dias, não apresentei quaisquer sintomas de gripe/ resfriado, como febre, tosse seca, secreção nasal, dificuldade respiratória, perda de olfato ou perda de paladar, bem como que não mantive contato com pessoas suspeitas e/ou confirmadas de portarem a Covid-19, não frequentei locais de aglomeração de pessoas e não realizei viagens.

Informo, ainda, que foram esclarecidas todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, pela equipe médica desta unidade hospitalar, antes de sua assinatura, reservando-me, entretanto, no direito de proceder à expressa revogação (por escrito) deste consentimento, antes da realização do procedimento.

.....
Assinatura do paciente (Representante legal)

Salvador, de de