

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS, HEMODINÂMICOS E ENDOSCÓPICOS ELETIVOS / URGÊNCIA.

RISCO EPIDEMIOLÓGICO RELATIVO À PANDEMIA DE COVID-19

Eu, _____, inscrito no RG sob o nº _____ declaro pelo presente termo que em virtude da patologia que fui acometido(a) houve a indicação médica para internação hospitalar.

Declaro que fui orientado(a) sobre as alternativas existentes para o meu tratamento, bem como os riscos de protelar esta internação. Fui informado(a) e entendi claramente os benefícios e riscos inerentes ao tratamento/procedimento indicado para a minha doença.

Além das informações acima mencionadas, fui devidamente esclarecido(a) sobre o risco que estarei exposto(a) durante a minha internação, face à alta transmissibilidade do Coronavírus (COVID-19).

Tenho ciência que eventual infecção pelo COVID-19 pode apresentar um quadro que pode variar de leve a moderado, semelhante a uma gripe e, em alguns casos, podem ser mais graves, principalmente em pessoas que já possuem outras doenças associadas. Nessas situações, pode ocorrer a Síndrome Respiratória Aguda Grave e suas complicações, além de outras doenças menos frequentes, mas igualmente graves. Em casos extremos, pode levar a óbito.

Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por Coronavírus (COVID-19) e que há risco de contaminação, bem como tenho ciência que o Hospital do Coração adota todas as medidas preconizadas para prevenção de infecção hospitalar exigida pelos órgãos governamentais que regulamentam a matéria, no sentido de evitar a transmissão intrahospitalar do Coronavírus (COVID-19).

São Paulo, ____/____/____ Hora ____h____

Concordo com tudo que foi apresentado.

() Paciente () Responsável Grau de parentesco _____

Nome em letra de forma

Assinatura

Identidade nº

Deve ser preenchido pelo médico assistente ou responsável pela internação:

Certifico que expliquei, ao próprio paciente e/ou responsável, de forma clara, objetiva e compreensível todo o procedimento, cirurgia, tratamento e exames a que o(a) paciente acima referido está sujeito. Esclareci sobre benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura do Médico