

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR E RISCOS EPIDEMIOLÓGICOS RELATIVOS AO COVID-19

Os campos abaixo devem ser preenchidos pelo paciente e/ou responsável

Eu, _____, inscrito no RG sob o nº _____ () paciente/ () responsável declaro que:

Pelo presente termo declaro que em virtude da patologia que fui acometido (a) houve a indicação médica para internação hospitalar.

Declaro que fui esclarecido (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 indicado para a minha patologia.

Além das informações acima mencionadas, fui devidamente esclarecido (a) sobre o risco que estarei submetido (a) durante a minha internação em vigência da pandemia pelo Coronavírus (COVID-19).

Tomei ciência que o Hospital Santa Paula adota todas as medidas preconizadas para prevenção de infecção hospitalar exigidas pelos órgãos governamentais que regulamentam a matéria, no sentido de evitar a transmissão intrahospitalar de Coronavírus (COVID-19).

Entretanto, conforme fui esclarecido (a) em face de alta capacidade de transmissibilidade do Coronavírus (COVID-19), é difícil evitar totalmente uma possível transmissão viral durante minha internação. Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por Coronavírus (COVID-19) e que há risco de contaminação.

Estou ciente que eventual infecção com o Coronavírus (COVID-19) poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória, incluindo o risco de morte.

Após ter sido esclarecido acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar a minha internação nesse momento.

O presente termo estará integrado ao prontuário médico com os registros da assistência e cuidados recebidos durante a internação.

São Paulo, ____/____/____ Horário ____:____

Assinatura do paciente e/ou responsável

Os campos abaixo devem ser preenchidos pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável os itens descritos acima.

São Paulo, ____/____/____ Horário ____:____

Assinatura e Carimbo

Testemunhas:

Nome legível: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Revogação: _____, ____/____/20____, às ____ horas e ____ minutos.

Paciente ou Representante Legal