

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome Completo: _____

Prontuário: _____ Atendimento: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Médico: _____ CRM: _____

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
PARA CIRURGIA NA PANDEMIA**

Eu (ou representante legal), _____, portador do RG _____, declaro que fui devidamente informado(a) pela equipe médica sobre o procedimento e/ou tratamento a que devo ser submetido(a), seus riscos, benefícios e possibilidades alternativas, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Declaro que compreendi que serei submetido ao procedimento cirúrgico de _____ durante uma pandemia por coronavírus (COVID-19) em um Hospital de referência para o atendimento de tais pacientes, estando sujeito (tanto eu quanto meus acompanhantes) a contrair a infecção durante a estadia na Instituição. Fui orientado, também, das possíveis complicações, caso venha a contrair a infecção pela COVID-19, como as complicações clínicas que podem resultar em necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva e ciente dos riscos relacionados à infecção, e estou de acordo com a realização do procedimento.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira satisfatória e estou devidamente ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Declaro que não apresentei nos últimos 14 dias quadro de febre (temperatura > 37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza e que não tive contato com qualquer pessoa que tenha apresentado esses sintomas nos últimos 14 dias.

Declaro que se apresentar febre (>37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza nos dias que antecederem à cirurgia entrarei em contato com o Hospital Dom Alvarenga, para comunicar a situação.

São Paulo, _____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA DO PACIENTE	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura: _____	Grau de parentesco: _____
	Assinatura: _____

PREENCHIMENTO PELO CIRURGIÃO

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

Assinatura e carimbo do Médico: _____