

RISCO EPIDEMIOLÓGICO DECORRENTE DO COVID-19

– Fui devidamente esclarecido e estou completamente ciente dos riscos a que estarei exposto(a) no pré operatório e no pós-operatório imediato, sobretudo no período de internação, referente a possível e eventual contaminação pelo patógeno Sars-Cov-2, causador da COVID19. Que a equipe cirúrgica me explicou a cirurgia e/ou procedimento invasivo estão sendo propostos.

Tal risco poderá decorrer do contato ou aproximação com outros pacientes e profissionais de saúde infectados, mesmo que assintomáticos, considerando que até pacientes testados para a presença do vírus podem ter um resultado falso negativo, apesar de todas as medidas de precaução, isolamento e uso de EPI's tenham sido corretamente empregados, conforme protocolos.

Ademais, tenho ciência que eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar a permanência hospitalar prolongada, internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e até mesmo óbito. Que, além dos sintomas normais relacionados a toda Síndrome Respiratória Aguda, tais como febre, dores musculares, dificuldade respiratória, poderei sofrer outros que, pela ausência de estudos médicos aprofundados, ainda não puderam ser diretamente associados à COVID-19.

Estou também ciente de que durante meu período de tratamento, por consequência da pandemia, membro ou membros da equipe médica que me assiste podem necessitar de afastamento de suas atividades, acarretando na transferência de meus cuidados para outros profissionais da instituição.

() Paciente () Responsável legal / Grau de parentesco: _____

Nome: _____ RG: _____

Data: ___/___/___ Assinatura do paciente/responsável legal: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, especialmente os riscos adicionais ocasionados pela COVID-19, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Data: ___/___/___ Assinatura/carimbo Médico responsável: _____