

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS DURANTE A PANDEMIA POR CORONAVIRUS

Nome do paciente: _____ Telefone do paciente: _____

Data do Exame: ____/____/____

Nome do acompanhante: _____ Telefone do acompanhante: _____

Médico Solicitante: _____

Médico Responsável: _____

1. Declaro que não apresentei nos últimos 14 dias quadro de febre, (temperatura > 37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza.
2. Declaro que não tive contato com qualquer pessoa que tenha apresentado esses sintomas nos últimos 14 dias.
3. Declaro que fui orientado e compreendi, que estou sendo submetido (a) a procedimento endoscópico no período da pandemia pelo COVID e mesmo seguindo todas as normatizações exigidas ou sugeridas pelas entidades médicas, não estou isento da contaminação durante o exame.
4. Declaro que se apresentar febre (>37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza nos próximos 14 dias, entrarei em contato com o Serviço de Endoscopia no qual realizei o PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO.
5. Eu compreendi que terei minha temperatura corporal aferida antes de entrar no Serviço de Endoscopia Digestiva e me responsabilizo pelas informações acima prestadas.

Declaro que me foram fornecidas todas estas informações em linguagem clara e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram sanadas.

_____, ____/____/____

Assinatura (paciente)

Assinatura (acompanhante)

Em caso de paciente hospitalizado em outra unidade hospitalar encaminhado para **PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO**: Declaro que me responsabilizarei pela transmissão correta destas informações ao paciente acima referido e possuo condições de dar prosseguimento ao tratamento clínico pós-procedimento endoscópico.

Nome legível e CRM

Assinatura e carimbo e Telefone