

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<p style="text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Declaro que o médico _____, CRM: _____, explicou-me sobre a pandemia da COVID-19, também chamada de coronavírus que estamos vivendo, bem como os riscos a que estarei exposto em relação a isso, em comparação aos prováveis benefícios que meu procedimento oferece. Também tenho clareza dos possíveis impactos ante postergação da minha cirurgia.

Estou informado e compreendo que no momento que estamos vivendo, há risco de contaminação durante o período de internação, mesmo com todas as medidas fixadas pelas autoridades sanitárias e recomendadas pela comissão de controle de infecção interna do Hospital, já implementadas, tais como área e profissionais exclusivos para tratamento dos pacientes com COVID-19, higienização adequada de todas as áreas do hospital, uso de máscaras por todos os profissionais e pacientes, entre outras coisas, visto que posso ter contato com pessoas assintomáticas e portadoras do SARS-CoV2 (COVID-19) no Hospital ou em qualquer outro ambiente.

Essa contaminação pode se associar a um risco aumentado de complicações mais graves no pós-operatório, em eventual infecção pela COVID-19.

Durante a internação assumimos (paciente e acompanhante) o dever do cumprimento do distanciamento social, uso de máscara e cuidados com a higiene das mãos, como também, aceitamos restringir as visitas hospitalares de familiares e amigos, conforme a orientação desta Instituição.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

REVOGAÇÃO	
<p>Revogo o consentimento prestado na data: ____/____/____ e afirmo que não desejo prosseguir nas normas de segurança que me foram propostas, e dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade esta Instituição e Equipe Assistencial.</p> <p>Campinas, ____ de _____ de _____.</p>	
_____ Médico	_____ Paciente ou Representante ou Responsável