

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COVID-19

Nome do Médico: _____ Nº CRM: _____

Qualificação do Paciente:

Nome: _____

Nascido em ___/___/___ CPF.: _____

Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: _____

Endereço: Logradouro: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica¹, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)² e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)³.

Declaro que recebi todas as informações necessárias relacionadas à referida internação, os riscos de aceitá-la ou não, os seus benefícios, possíveis intercorrências, eventuais complicações e, também, possíveis alternativas de tratamento. Tudo foi devidamente esclarecido.

Considerando a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Sars-CoV), declarada por meio da Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020;

Considerando as disposições regulamentadas na Lei 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019;

Considerando as disposições regulamentadas no Decreto 10.282/20, em especial o disposto no art. 3º, § 1º, inciso I, que considera como atividades essenciais aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim consideradas aquelas que, se não atendidas, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, em especial a assistência à saúde, aí incluídos os serviços médicos e hospitalares;

Considerando ter sido plenamente informado, orientado, esclarecido a respeito da possibilidade de contaminação pela Covid-19, inclusive sobre a evolução da patologia, que poderá ir desde casos assintomáticos, pequenas alterações de saúde, gripe, podendo levar a situações mais graves de insuficiência respiratória, com possibilidade de óbito, estando totalmente ciente das implicações e riscos que envolvem, nesse momento, qualquer tipo de atendimento, tais como, exemplificativamente, ambulatorial, eletivo, consulta, exames, cirurgias, sem prejuízo de outros procedimentos ou mesmo urgência e emergência, assim como a continuidade dos tratamentos clínicos e cirúrgicos ou outros já iniciados em momento anterior à declaração da pandemia de Covid-19;

Declaro para os devidos fins que estou plenamente ciente dos riscos da realização de meu tratamento, tendo sido totalmente informado, orientado e esclarecido a respeito dos mesmos, após ampla e transparente conversa havida com meu médico assistente, assumindo a decisão pela continuidade de meu tratamento ou que o mesmo

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	--------------------------------------	---------------------------	---------------------------

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COVID-19

inicia-se nessa fase de pandemia e que tal postura parte de meu exclusivo interesse, sem qualquer vício de consentimento ou vício de manifestação volitiva.

Que, plenamente ciente e esclarecido(a), declaro estar totalmente informado de todos os fatores de risco acima mencionados, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Orientações para o acompanhante na internação hospitalar:

- Possuir idade acima de 18 anos e menor que 59 anos;
- Não ser portador(a) de doenças crônicas de risco (**diabetes, hipertensão, obesidade, dentre outras**);
- Estar bem de saúde e sem sintomas de coriza, dor de garganta, tosse, febre, falta de ar, dor no corpo ou diarreia nos últimos 14 dias e comunicar prontamente caso inicie com algum sinal e sintoma;
- Não ter tido contato íntimo ou domiciliar com suspeito ou confirmado COVID-19;
- Não ter testado positivo para a COVID-19 nos últimos 14 dias;
- Utilizar a máscara durante toda a permanência no hospital, ajustadas à face, cobrindo nariz, boca e queixo;
- Permanecer junto ao leito do meu familiar/paciente, não me aproximar de outros leitos e não ter contato físico com outros pacientes ou acompanhantes, não emprestar objetos que pertencem ao paciente que acompanho a outros pacientes/acompanhantes e higienizar frequentemente as mãos;
- A troca de acompanhantes só será permitida no mínimo a cada 12 horas e deve evitar circular para outros locais dentro da instituição.

A qualquer momento e a critério da Equipe Multidisciplinar do Hospital Belo Horizonte, a presença de acompanhante poderá ser suspensa, tendo em vista que a permanência do acompanhante, somente é permitido durante o período que a instituição considerar necessário.

Eu, _____, acompanhante do(a) paciente em que se aplica este termo, internado nesta instituição, afirmo que recebi e seguirei as informações sobre os critérios estabelecidos para acompanhante no contexto da Pandemia da COVID19 listados acima.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____
às _____ horas e _____ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: _____

CRM nº: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COVID-19

Assinatura: _____

1º Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

É vedado ao médico: Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

2º Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

3º Da Lei 10.406/2002: Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------