

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA COMUNICAÇÃO VIRTUAL NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

DADOS DO PACIENTE:

(COLAR ETIQUETA DO PACIENTE)

DADOS DO RESPONSÁVEL:

NOME: _____

CPF: _____

Considerando que:

- I. Foi declarada a pandemia pelo novo CORONAVÍRUS (COVID-19) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecida pelas autoridades brasileiras como situação de calamidade pública;
- II. O estado de transmissão comunitária do Coronavírus no Brasil foi declarado pela Portaria nº 454/20-MS, em 20.03.2020;
- III. O internamento do paciente neste Hospital está acontecendo durante a pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19);
- IV. O novo Coronavírus (COVID-19) se trata de um agente patológico que pode afetar qualquer membro da comunidade, e que, por vezes, esse agente pode ser assintomático e que há possibilidade de contaminação, dado que é altamente infeccioso e com grande capacidade de disseminação entre a população;
- V. Eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar no organismo febre, dores musculares, dificuldades respiratórias e, até mesmo, a própria morte;
- VI. Diante da situação ora apresentada, a permanência no ambiente hospitalar dos familiares e de terceiros vinculados ao paciente, para fins de obtenção de informações sobre o seu quadro clínico, estão temporariamente suspensas.
- VII. Muito embora o Hospital e sua Equipe sigam plenamente as determinações legais para inibir qualquer forma de contaminação, o risco de infecção pelo

novo Coronavírus (COVID-19) em ambiente hospitalar é iminente; neste ato, **fui informado e estou ciente que**, neste momento de extrema gravidade:

1. Não será possível manter rotina de visita e obtenção de informações sobre o quadro clínico do paciente, **de forma presencial**, conforme determinado pela Resolução 743/2020 da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná;
2. A presença de um acompanhante está suspensa, sendo permitida **apenas** aos casos que o serviço considerar necessário, desde que o mesmo não apresente sintomas respiratórios, conforme Art. 2º, II da Resolução 338/2020 e Resolução 743/2020, ambas da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná;
3. O boletim médico poderá ser fornecido por meio de contato telefônico, uma vez ao dia, **apenas para uma pessoa**, preferencialmente ao responsável no momento de internação, ora signatário;
4. Todas as informações sobre quadro clínico do paciente poderão ocorrer por telefone, inclusive em caso de óbito;
5. A critério da Equipe Multidisciplinar e sendo possível em razão do quadro clínico do paciente e capacidade para comunicação efetiva, autorizo a realização da **visita virtual** com **familiares**, que poderá ser realizada via vídeo chamada e/ou chamada de voz, por meio de aplicativos de mensagens, instalados em smartphones e/ou tablets.
6. Entendo e fui cientificado pelo Hospital Nossa Senhora do Pilar, que a tele chamada será resguardada pelo sigilo médico e não haverá o armazenamento de dados, tendo como finalidade apenas a transmissão da imagem e/ou voz do familiar ao paciente.

DECLARO, por fim, que me foram fornecidas as informações acima, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação à comunicação virtual foram esclarecidas.

_____, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Paciente: _____.

Assinatura do Responsável: _____.