

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

Nome completo: _____
Data de nascimento: _____ Estado civil: _____
CPF: _____ RG: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
Endereço: _____ Complemento: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
Médico Responsável: _____ CRM/PR: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome completo: _____
Data de nascimento: _____ Estado civil: _____
CPF: _____ RG: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
Endereço: _____ Complemento: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

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 critério do Hospital e de sua equipe multidisciplinar, a permanência no ambiente hospitalar dos familiares e de terceiros vinculados ao paciente, para fins de obtenção de informações sobre o seu quadro clínico, poderão ser suspensas pelo período da pandemia;

(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, **eu** _____, na qualidade de responsável, fui informado, compreendo e **ESTOU CIENTE** que, neste momento de extrema gravidade:

- (i) Poderá não ser possível manter rotina de visita e obtenção de informações sobre o quadro clínico do paciente, de forma presencial;
- (ii) A forma de divulgação do boletim médico, se presencial ou a distância, para o responsável pelo paciente, ocorrerá a critério do Hospital e de sua equipe multidisciplinar;
- (iii) 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;
- (iv) Todas as informações sobre quadro clínico do paciente poderão ocorrer por telefone, inclusive em caso de óbito;
- (v) Não haverá armazenamento de dados, apenas a transmissão da informação pelo meio destacado acima, bem como que a ligação está resguardada pelo sigilo médico
- (vi) Assumo o compromisso de manter sigilo e confidencialidade sobre todas as informações a que tiver acesso em razão da comunicação virtual.

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.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Hora: _____:_____

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA

Nome:

RG:

CPF:

TESTEMUNHA

Nome:

RG:

CPF: