

TERMO PARA ACOMPANHANTE DE PACIENTE INTERNADO DURANTE A PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS COVID-19

NOME COMPLETO: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____
CPF: _____ RG: _____
NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____
ENDEREÇO: _____ CEP: _____
COMPLEMENTO: _____ CIDADE: _____ UF: _____
ACOMPANHANTE DO PACIENTE: _____
DATA DE INTERNAMENTO: _____.

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. **A presença de um acompanhante para o paciente internado durante o período da pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19) está suspensa, sendo permitido apenas nos casos que o Serviço considerar necessário, desde que não apresente sintomas respiratórios, conforme Resolução 743/2020 da Secretária da Saúde do Paraná;**
- V. 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;
- VI. Eventual infecção com o COVID-19 poderá provocar no organismo febre, dores musculares, dificuldades respiratórias e, até mesmo, a própria morte;

DECLARO QUE:

1. Estou ciente que este momento é de extrema gravidade e que toda a equipe de saúde estará equipada com dispositivos e equipamentos que

- reduzem drasticamente; mas não impossibilitam, o risco de contaminação pessoal pelo novo Coronavírus (COVID-19);
2. Compreendi que a qualquer momento e a critério da Equipe Multidisciplinar do Hospital Pilar, a presença de acompanhante poderá ser suspensão, tendo em vista que a permanência do acompanhante, somente é permitido durante o período que o Serviço considerar necessário.
 3. Não apresentei nos últimos 14 (catorze) dias quadro de febre, tosse ou tive o diagnóstico de infecção pelo novo Coronavírus (COVID19), e que entrarei em contato com o Hospital Nossa Senhora do Pilar caso presente, nos próximos 14 (catorze) dias, quadro de febre, tosse, dores musculares e/ou dificuldades respiratórias;
 4. Compreendi que terei minha temperatura corporal verificada pela equipe de enfermagem através de dispositivo apropriado e, caso presente febre não poderei permanecer como acompanhante do paciente _____.
 5. Diante das informações prestadas pela Equipe do Hospital Pilar, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, as quais esclareceram os riscos envolvidos e não deixaram qualquer dúvida, tenho ciência dos riscos de contaminação no ambiente hospitalar em razão da notória epidemia do Novo Coronavírus (COVID-19), e **ratifico neste ato a minha livre e inequívoca decisão de permanecer como acompanhante do paciente** _____.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Curitiba, _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____

Assinatura do Acompanhante