

TERMO PARA ACOMPANHANTE DE PACIENTE 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 durante o período da pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19) está suspensa, sendo permitido apenas no caso 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, a presença de acompanhante poderá ser suspensa, 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 Serviço 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 do Hospital Nossa Senhora do Pilar, através de dispositivo apropriado e, caso apresente febre não poderei permanecer como acompanhante do paciente _____.
5. Diante das informações prestadas pelo Serviço, 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