

TERMO PARA VISITA PRESENCIAL 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: _____
VISITANTE DO PACIENTE: _____
CPF: _____ RG: _____
DATA DA VISITA: _____.

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 visitante para o paciente internado durante o período da pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19) está suspensa, 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 significativamente; mas não impossibilitam, o risco de contaminação pessoal pelo novo Coronavírus (COVID-19)
2. Compreendi que a visita presencial hospitalar está suspensa e que poderá ser permitida formalmente apenas nos casos em que o Hospital

- considerar necessário, desde que o visitante não apresente sintomas respiratórios e/ou de COVID-19.
3. Em caso de visita presencial autorizada pelo Hospital:
 - I. **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 14 (catorze) dias seguintes à visita presencial autorizada pelo Hospital, quadro de febre, tosse, dores musculares e/ou dificuldades respiratórias; e
 - II. Compreendi que terei minha temperatura corporal verificada pela equipe de enfermagem através de dispositivo apropriado e, caso presente febre não poderei realizar a visita ao paciente acima indicado.
 4. **Não pertencço ao grupo de risco** (Idade \geq 60 anos, Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Asma, Pneumopatias estruturais, Doença cerebrovascular, Cardiopatias severas, Hipertensão arterial severa, Diabetes insulino-dependente, Insuficiência renal, Pacientes imunossuprimidos, Gestante, Neutropenia, Neoplasias hematológicas com ou sem quimioterapia, HIV positivo com CD4 $<$ 350, Asplenia funcional ou anatômica, Transplantados, Quimioterapia nos últimos 30 dias, Uso de corticosteroides por mais do que 15 dias [prednisona $>$ 40 mg/dia ou hidrocortisona $>$ 160 mg/dia ou metilprednisolona $>$ 32 mg/dia, dexametasona $>$ 6 mg/dia], Doenças autoimunes, Imunodeficiência congênita, Outros imunossupressores).
 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 realizar a visita presencial do Paciente acima indicado.**

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

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

Assinatura do Visitante