

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
ENDOSCÓPICO EM VIGÊNCIA DE PANDEMIA DE CORONAVÍRUS**

NOME DO PACIENTE:

DATA DO EXAME/PROCEDIMENTO:

HORA:

PROCEDIMENTO PREVISTO:

1. Eu compreendi que serei submetido a um PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO durante uma pandemia por coronavirus.
2. Declaro que não apresentei nos últimos 14 dias quadro de febre, (temperatura > 37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza.
3. Declaro que não tive contato com qualquer pessoa que tenha apresentado esses sintomas nos últimos 14 dias
4. Declaro que se apresentar febre (>37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza nos próximos 14 dias, entrarei em contato com o Serviço de Endoscopia no qual realizei o PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO
5. Eu compreendi que terei minha temperatura corporal aferida antes de entrar no Serviço de Endoscopia Digestiva e me responsabilizo pelas informações acima prestadas.

Declaro que me foram fornecidas todas estas informações em linguagem clara e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram sanadas.

Curitiba, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Paciente:

Nome legível:

RG ou CPF:

Assinatura do acompanhante

Nome legível:

RG ou CPF:

É IMPRESCINDÍVEL TRAZER ESTE FOLHETO DEVIDAMENTE ASSINADO ATÉ O DIA DO EXAME E ENTREGÁ-LO NA RECEPÇÃO! TRATA-SE DE UM DOCUMENTO IMPORTANTE.