

**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 internado durante o período da pandemia pelo novo Coronavírus (COVID-19) está suspensa, sendo permitido apenas aos casos que o serviço considerar necessário, desde que não apresente sintomas respiratórios, conforme Resolução 1268/2020 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;

(v) 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 suspensa.
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 apresente, 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 apresente 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