

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento trata da explicação do funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente abaixo está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, conforme a Portaria Nº 356, de 11 de março de 2020 do Ministério da Saúde.

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____, sobre a necessidade de _____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início em ___ / ___ / _____, previsão de término em ___ / ___ / _____, local de cumprimento da medida _____, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Para paciente acompanhado por responsável legal:

Nome do responsável pelo paciente: _____

Grau de parentesco: _____ Identidade Nº _____

Data: ___ / ___ / _____ Hora: ___ : ___

Assinatura (paciente ou responsável legal): _____

Deve ser preenchido pelo médico:

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

- Aguardar resultado de exames realizados pela Vigilância Epidemiológica.
- Manter distância dos demais familiares (mínimo 2m), permanecendo em ambiente privativo.
- Manter o ambiente da sua casa com ventilação natural.
- Utilizar máscara cirúrgica descartável durante o período de isolamento domiciliar. Trocar a máscara quando úmida.
- Não frequentar a escola, local de trabalho ou locais públicos e só sair de casa em emergências durante o isolamento.
- Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar.
- Evitar tocar boca, olhos e nariz sem higienizar as mãos.
- Higienizar as mãos frequentemente com gel alcoólico ou com água e sabonete.
- Seguir recomendações conforme prescrição médica.
- Outros: _____

Nome do médico: _____

CRM: _____

Carimbo/Assinatura: _____

Belo Horizonte _____, de _____, de _____.