

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: / / _____

Nome da mãe: _____

DECLARANTE: () Paciente () Responsável ou Representante legal

Eu _____,

CPF: _____ RG: _____.

LATERALIDADE: Direito Esquerdo Bilateral Não se aplica.

LOCAL (is): _____.

Declaro que o (a) Dr. (a) _____ CRM _____ me esclareceu que serei submetido a um PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO durante uma pandemia pelo novo coronavírus (**COVID-19**).

Declaro que não apresentei, nos últimos 14 dias, quadro de febre (temperatura >37,5°C), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza.

Declaro que não tive contato com qualquer pessoa que tenha apresentado esses sintomas nos últimos 14 dias.

Declaro que, se apresentar febre (temperatura >37,5°C), 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.

Eu compreendi que terei minha temperatura corporal aferida antes de entrar no Serviço de Endoscopia Digestiva, e me responsabilizo pelas informações acima prestadas.

Esses procedimentos terapêuticos são importantes no meu tratamento, porém, estou ciente de que podem aumentar o risco de complicações. A equipe médica me explicou que as complicações, embora incomuns, podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI, por tempo prolongado.

Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos, desde que a minha identidade seja preservada. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo meu médico e/ou cirurgião, sem qualquer ônus financeiro presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo e minha integridade.

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou minha permissão/autorização voluntária para que o (s) procedimentos (s) seja (m) realizado (s) da forma como foi exposto no presente termo, a fim de que seja (m) executado (s) para tentar solucionar minha patologia e/ou as

situações imprevisíveis, emergenciais, que possam ocorrer, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude sigilar de cada evento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados.

Declaro estar ciente que para o procedimento acima descrito, não existe garantia total de resultados em virtude das possíveis complicações e desconforto.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas e compreendendo integralmente o alcance e riscos do procedimento, declaro agora estar satisfeito (a) com as informações recebidas e supracitadas. Nestas condições, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento, ora proposto, e dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Maceió, _____ **de** _____ **de** _____ **Hora:** _____:_____

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Assinatura e carimbo do Médico

OBSERVAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar).

Assinatura do paciente ou responsável legal

Assinatura da 1ª testemunha

Assinatura da 2ª testemunha

1º via: Anexar ao Prontuário, 2º via: Paciente