Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Isolamento Domiciliar

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL **COVID -19**

Eu, _____,

portador (a) do RG _____, CPF _____ na condição

de ☐ Paciente ☐ Responsável, declaro que fui devidamente informado (a) sobre a necessidade de **isolamento domiciliar por <u>até</u> 14 dias**, **conforme orientação médica**, podendo se estender por igual período, a partir desta data, bem como possíveis consequências da sua não realização.

☐ Paciente Assinatura do Paciente: _____

☐ Responsável legal Nome: _____

Assinatura do Responsável: _____

Grau de parentesco: _____ Data: _____/_____/_____

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL

Expliquei ao (a) próprio (a) paciente ou ao (a) seu (sua) responsável sobre o funcionamento da medida de saúde pública a que estou (a) sujeito (a), bem como sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (a) mesmo (a). De acordo com o meu entendimento o (a) paciente / responsável está em condições de compreender o que está informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações dispostas no verso deste termo.

Responsável pela aplicação do Termo: _____

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____

Data: _____/_____/_____ Horário: _____:_____

Referência: Ministério da Saúde, portaria 356 – 11.03.2020

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Isolamento Domiciliar

COVID -19

CUIDADOS COM O PACIENTE

- Realizar higiene das mãos frequentemente utilizando álcool gel – caso as mãos não estejam com sujeira evidente – ou com água e sabão – caso haja sujeira evidente.
- Manter distância de, pelo menos, 2 metros, de pessoas sem sintomas.
- Utilizar máscara cirúrgica comum a maior parte do tempo. Se estiver sem a máscara, cobrir a boca e o nariz com um lenço descartável ao tossir ou espirrar. Limpar as mãos imediatamente após tossir ou espirrar.
- Manter as janelas do ambiente em que estiver abertas o maior tempo possível. Cuidados de pessoas que vivem no mesmo domicílio do paciente

CUIDADOS DE PESSOAS QUE VIVEM NO MESMO DOMICÍLIO DO PACIENTE

- Realizar também a lavagem de mãos de maneira frequente, com água e sabão ou álcool gel.
- Manter distância de, pelo menos, 2 metros do paciente.
- Vestir uma máscara cirúrgica simples quando estiver no mesmo ambiente que o paciente.
- Manter as janelas do domicílio abertas o maior tempo possível.

EM RELAÇÃO ÀS MÁSCARAS CIRÚRGICAS

- Devem cobrir o nariz e a boca.
- Evitar tocar a máscara enquanto a estiver utilizando.
- Trocar de máscara assim que ela ficar úmida ou a cada 2 horas (se utilizá-la continuamente).
- Não reutilizar a máscara descartável.
- Jogar a máscara no lixo imediatamente após sua remoção.

SINAIS DE ALERTA

Caso perceba os seguintes sintomas, busque por um serviço de saúde:

- Falta de ar, dores no peito, tontura, confusão mental, fraqueza, dificuldade para se hidratar, febre que não se controle com antitérmicos.

Ao sair de casa para buscar um serviço de saúde, **sempre utilize máscara**. Ao chegar, alerte ao primeiro funcionário que identificar que se encontra em vigilância para Coronavírus.