

**ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ na condição de  
☐ Paciente ☐ Responsável, declaro que fui devidamente informado (a) sobre a necessidade de isolamento por até 14 dias, podendo se estender por igual período a que devo ser submetido (a) 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 está 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:

● O **isolamento** presume a **permanência estrita** no local de internação (apartamento ou box) durante todo o período de recomendação médica, não estando autorizada a livre circulação pelas dependências do Hospital;

● Estão **proibidas as visitas** para pacientes internados com diagnóstico de COVID-19, exceto nas unidades de terapia intensiva, onde está liberada a presença de 1 (um) visitante por dia em horário a combinar com equipe assistencial;

● Não serão autorizados **acompanhantes** para pacientes adultos enquanto internação nas **unidades de terapia intensiva**.

● Será autorizado **apenas 1 acompanhante** para pacientes que **requeiram** a presença deste em **unidades de internação não crítica**. Os **acompanhantes** deverão permanecer no local de internação, junto ao paciente, não devendo sair deste exceto em caso de urgência. **Não é autorizada** a livre circulação destas pessoas pelas áreas comuns como restaurantes, cafeterias, esperas. Deverão utilizar o sistema de chamada de enfermagem ou telefone para comunicação com equipe assistencial e, se necessária saída do quarto, estes deverão **utilizar máscara cirúrgica**.

● **Não recomendamos** que os **acompanhantes** tenham idade superior a 60 anos, que tragam crianças junto a si, que sejam portadores de doenças de risco para maior gravidade se infecção pelo Coronavírus, ou ainda que sejam gestantes.

Responsável pela aplicação do Termo: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_