

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO
PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES ENDOSCÓPICOS POR
OCASIÃO DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS.**



É de amplo conhecimento da população que estamos vivendo uma epidemia de coronavírus. O mundo está enfrentando uma doença infecciosa emergente por um novo patógeno pertencente à família do Coronavírus.

Nos últimos meses, o novo vírus denominado SARS-CoV-2, causador da enfermidade COVID19, tem expandido a nível mundial, com uma transmissão altamente eficiente e com uma taxa de mortalidade superior à da gripe sazonal. No último dia 30 de janeiro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou esta situação como uma Emergência de Saúde Pública de importância Internacional (PHEIC) e, em 11 de março, foi declarada como pandemia.

Informo que:

- ✓ Nos últimos 14 dias não tive febre, tosse, dor de garganta, fadiga, dor no corpo ou diarreia;
- ✓ Não possuo familiares ou contato próximo com algum caso suspeito ou confirmado para coronavírus;
- ✓ Não viajei recentemente para alguma área com alto risco para coronavírus.

Informo e reitero que estou ciente que o exame endoscópico indicado está sendo realizado durante epidemia de COVID-19.

A recomendação para assinatura desse termo está baseada nas Diretrizes clínicas da WEO (World Endoscopy Organization), OMS (Organização Mundial de Saúde - WHO), Ministérios da Saúde e Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED), visando a segurança do paciente.

Nome do paciente ou responsável: _____

Assinatura

Data: ____ / ____ / ____

Centro de Endoscopia de São Carlos

Rua Paulino Botelho A. Sampaio, 573 • Pavilhão Conde do Pinhal • Santa Casa • São Carlos | SP
Fone | Fax: (16) 3372-3010 • (16) 3374-1608 • (16) 3509-1255 •  (16) 9 9242-6312
endoscopiaaocarlos.com.br