

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
ENDOSCÓPICO EM VIGÊNCIA DE PANDEMIA DE CORONAVÍRUS**

1. Acerca DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO EM VIGÊNCIA DE PANDEMIA DE CORONAVÍRUS, compreendo que o momento atual é de extrema gravidade, com possibilidade de transmissão do coronavírus entre eu e a equipe de saúde que me prestará atendimento.
2. Declaro que não apresentei nos últimos 14 (quatorze) dias quadro de febre (temperatura corporal acima de 37,5°C) nem tosse.
3. Declaro que não viajei nem tive contato com qualquer pessoa que tenha viajado para áreas de risco de contaminação pelo coronavírus nos últimos 14 (quatorze) dias.
4. Declaro que entrarei em contato caso apresente, nos próximos 14 (quatorze) dias, quadro de febre (temperatura corporal acima de 37,5°C) ou tosse.
5. Compreendi que num prazo de 14 (quatorze) dias serei contactado pela equipe do Dr. Mauro Cesar Correa Dal Lin para nova avaliação do surgimento de quadro de febre (temperatura corporal acima de 37,5°C) ou tosse e responderei de maneira clara, honesta e transparente ao que me for arguido. Entendo que minhas respostas têm direta influência na saúde da equipe que me prestou atendimento e estou disposto a colaborar com os mesmos
6. Eu compreendi que, ao chegar no setor de realização do procedimento proposto, terei minha temperatura corporal verificada pela equipe de enfermagem através de dispositivo apropriado e, caso minha temperatura corporal encontre-se acima de 37,5°C e meu procedimento não for considerado como de urgência, o mesmo será postergado até que eu apresente melhora do quadro.
7. Entendo que este momento é de extrema gravidade e que toda a equipe de saúde estará equipada com dispositivos que reduzem drasticamente, mas não impossibilitam, o risco de contaminação pessoal pelo coronavírus.
8. Sei que apesar de tais riscos, este procedimento representa a melhor opção para continuidade do tratamento da minha doença. Sei que posso recusar-me a ser submetido a este procedimento e declaro que me foi informado que o Dr. Mauro Cesar Correa Dal Lin irá manter-se disponível para novos atendimentos na sua área.
9. Sei que em caso de dúvidas, sinais ou sintomas que julgar estranhos após o procedimento poderei contactar o Dr. Mauro Cesar Correa Dal Lin.
10. Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento pós-informado, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado.
11. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.
12. Entendo que este Termo de Consentimento não substitui, mas complementa o Termo específico ao meu procedimento.

Declaro que compreendi, concordei e autorizo o Dr(a). Mauro Cesar Correa Dal Lin, CRM 12.543 executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Paciente..... Data:.....

CPF ou RG.....Assinatura Paciente/Responsável.....

Dr. Mauro Cesar Côrrea Dal Lin

Endoscopia Digestiva

CRM 12.543

Tel. (41)3156-9200 Cemexx / (41)3024-8855 Policlínica Pinheirinho