



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA COVID -19

Eu, _____, RG _____, na qualidade de paciente, ou _____, RG _____, na qualidade de responsável legal, depois de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico e ser orientado dos riscos e benefícios do tratamento, fui informado sobre as possíveis repercussões na postergação do meu tratamento cirúrgico.

Fui informado pelo Dr. _____, CRM _____, que, baseado nos dados científicos, o meu diagnóstico foi considerado, neste momento com indicação cirúrgica. Fui orientado que no meu caso não existe tratamento, nesse momento, capaz de substituir ou postergar, com segurança, a cirurgia.

Recebi as informações da equipe médica baseadas em resoluções das Entidades Médicas que diz:

- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas podem contrair COVID 19 durante a internação.
- Pacientes saudáveis de cirurgias eletivas que contraiam COVID 19 no pós-operatório poderão desenvolver quadros mais graves devido às alterações imunológicas causadas pela cirurgia.
- Pacientes que tenham contraído a infecção há poucos dias podem ainda não ter desenvolvido sintomas e a ventilação mecânica durante as cirurgias pode resultar em agravamento dos casos.
- Pacientes com infecção assintomática por COVID 19 podem transmitir infecção à equipe.
- Pacientes de cirurgias eletivas que tiverem complicações respiratórias podem ter os sintomas semelhantes à infecção por COVID 19 causando confusão diagnóstica.
- Pacientes de cirurgias eletivas que desenvolverem infecção grave por COVID 19 no pós-operatório podem ter mais complicações cirúrgicas associadas.

Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia por COVID-19 e que há risco de contaminação durante o internamento hospitalar. Após ter sido esclarecido acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar a cirurgia nesse momento.

Declaro que recebi orientações para manter isolamento social de no mínimo 07 dias antes do procedimento cirúrgico e que as cumpro adequadamente.

Declaro que neste período não apresentei e não tive contato com pessoas com sintomas gripais.

Fortaleza, ___/___/___

Declarante ou responsável legal

Médico responsável