**TERMO DE INFORMAÇÕES, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PREVENÇÃO E OBSERVÂNCIA DAS NORMAS RELACIOADAS À COVID – 19**

Nome completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileira, ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Profissão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carteira de identidade n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSP/\_\_\_\_\_\_, C.P.F. n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Residente na rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Porto Velho – RO.

O (A) Paciente manifesta estar ciente da pandemia e surto da Covid – 19 (CoronaVírus) existente em Território Nacional e Mundial.

**Considerando** a [LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.979-2020?OpenDocument)**, que** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019; **Considerando** atos normativos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde; **Considerando** os Decretos do Estado de Rondônia, Decreto n° 24.887, de 20 de março de 2020 e Decreto 24.919/20, que dispõe sobre o Estado de Calamidade Pública em todo o território do Estado de Rondônia; **Considerando** o Decreto n. 16.612/20 do Município de Porto Velho/RO, que decretou calamidade Pública e medidas de prevenção e enfrentamento da COVID-19;

O Paciente manifesta ciência às imposições do Poder Público relacionadas à Prevenção e Proteção dos cidadãos quanto à Disseminação do vírus, **tanto para pacientes quanto para os profissionais da área de saúde e familiares.**

Manifesta ciência e entende como necessárias medidas determinadas no sentido de **evitar ao máximo o Paciente de se submeter a contatos e exposições (Dentistas, Médicos, Enfermeiros, Familiares) a procedimentos médicos/odontológicos, entre outros**.

Para isso, **antes de se mostrar realmente necessário** qualquer contato para realização de qualquer procedimento que se mostre inadiável e/ou improrrogável, ou seja, urgentíssimo, **medidas prévias de tentativa de solução e provisórias serão adotadas, por meio de atendimento (telefone, Whats) para apuração do que esteja ocorrendo e, assim, para que se possa indicar medidas que possam, enquanto perdurar as situações que atingem toda sociedade, mitigar o fato que esteja ocorrendo com o Paciente, como recomendações técnicas, receitas para uso de medicações, entre outros procedimentos à disposição e avaliados pelo Profissional.**

A Ciência da necessidade de se evitar o contato será ainda maior a Pacientes que se mostrem nas seguintes situações, a seguir declaradas:

1. É paciente suspeito de ser portador do vírus? **Sim ( ) Não ( )**
	1. **Considera-se suspeito de ser portador do vírus o Paciente que:**
		1. Tenha viajado para alguma área afetada pelo Vírus, antes dos sintomas? **Sim ( ) Não ( )**
		2. Esteve em contato próximo com um caso provável ou confirmado de COVID-19? **Sim ( ) Não ( )**
		3. Possui sintomas clínicos compatíveis com uma infecção respiratória, ou seja, com algum sintoma como febre, tosse, dispneia, mal estar, coriza, etc? **Sim ( ) Não ( )**
2. **Possui idade superior a 60 anos? Sim ( ) Não ( )**
3. Teve/tem asma? **Sim ( ) Não ( )**
4. Está ou já teve pneumonia? **Sim ( ) Não ( )**
5. Possui Pressão alta? **Sim ( ) Não ( )**
6. Possui Diabetes? **Sim ( ) Não ( )**
7. Teve/tem alguma doença pulmonar como enfisema ou bronquite? Sim **( ) Não ( )**
8. Possui alguma outra doença Respiratória? **Sim ( ) Não ( )**
9. É ou foi fumante? Sim **( ) Não ( )**
10. Possui alguma doença cardíaca? **Sim ( ) Não ( )**
11. Possui alguma outra doença? **Sim ( ) Não ( )**

Da mesma forma resta ciente que, estando os profissionais que atuam no Estabelecimento médico/Odontológico apresentado alguns sintomas/situações supracitadas, estarão, por precaução, da mesma forma, proibidos de manter contato, o que ensejará a remarcação de consultas.

**O paciente receberá o presente termo por Email ou Whatsapp. Caso o Paciente esteja impossibilitado ou não tiver meios para preencher e responder às indagações acima e assinar o presente no próprio termo, poderá as perguntas serem, após lido, respondidas diretamente pelo Whatsapp da clínica/consultório, na mesma sequência das perguntas. Ex: (coloque o número da pergunta e ao lado a resposta SIM ou NÃO):**

**EXEMPLO RESPOSTA AO QUESTIONÁRIO:**

**1 – sim**

* + 1. **– não**
		2. **– sim**
		3. **– sim**
		4. **–**
		5. **–**
		6. **(...)**

**Nome completo do Paciente**