

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Telefone do Paciente: ( ) \_\_\_\_\_

Telefone da Testemunha: ( ) \_\_\_\_\_

Data do Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ solicitado por: \_\_\_\_\_

Clínica/Hospital: \_\_\_\_\_ Médico Responsável: \_\_\_\_\_

1. Eu compreendi que serei submetido um PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO durante uma pandemia por coronavirus.
2. Declaro que não apresentei nos últimos 14 dias quadro de febre, (temperatura > 37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza.
3. Declaro que não tive contato com qualquer pessoa que tenha apresentado esses sintomas nos últimos 14 dias
4. Declaro que se apresentar febre (>37,5), falta de ar, cansaço, tosse ou coriza nos próximos 14 dias, entrarei em contato com o Serviço de Endoscopia no qual realizei o PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO
5. Eu compreendi que terei minha temperatura corporal aferida antes de entrar no Serviço de Endoscopia Digestiva e me responsabilizo pelas informações acima prestadas. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações em linguagem clara e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram sanadas

Itajubá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Paciente – Legível

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico /CRM e Carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha

(Em caso de paciente hospitalizado em outra unidade hospitalar encaminhado para PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO: Declaro que me responsabilizarei pela transmissão correta destas informações ao paciente acima referido e possuo condições de dar prosseguimento ao tratamento clínico pós procedimento endoscópico)