

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE NOTA TÉCNICA DA ANVISA – RISCO CIRÚRGICO PÓS-CONTÁGIO POR COVID-19	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE:
DATA DE NASCIMENTO:
NOME DO RESPONSÁVEL:
CPF OU RG:

Eu, na condição de PACIENTE ou de RESPONSÁVEL pelo paciente, DECLARO que:

- Fui previamente informado pelo meu médico que segundo a **Nota Técnica nº 06/2020 da ANVISA**, atualizada em 30/03/2021, é recomendado como boa prática cirúrgica a coleta de exame de RT-PCR previamente à realização de cirurgias eletivas em pacientes, para reduzir a chance de transmissão da doença dentro de hospitais, bem como reduzir a **chance (risco) de complicações cardiopulmonares no pós-operatório**, que podem ser graves e, inclusive, evoluir para o óbito do paciente.
- Fui previamente informado sobre a recomendação aos pacientes que possuem cirurgia agendada a realização da coleta para o exame de RT-PCR para COVID-19 com o mínimo de intervalo possível, isto é, entre 72 a 48 horas de antecedência, para que possa ter o resultado com 24 horas de antecedência da cirurgia, possibilitando a reorganização da agenda cirúrgica, em caso de resultado positivo.
- Fui previamente informado que não é recomendado teste rápidos de antígeno ou sorológico, pois a nota técnica recomenda a realização do RT-PCR.
- Fui previamente informado que a decisão de realizar ou não o exame de RT-PCR para COVID-19 deve ser feita entre o paciente e o médico cirurgião, de comum acordo, e que, de fato, isso aconteceu.
- Fui informado que a Nota Técnica da ANVISA recomenda o agendamento de cirurgias eletivas para pacientes expostos, suspeitos ou confirmados para COVID-19, conforme os prazos abaixo:

Paciente – Exposto ao SARS-CoV-2 (Covid-19)	Orientação
Contato próximo com alguém infectado pelo SARS-CoV-2 (Covid-19).	Adiar a cirurgia por pelo menos 14 dias.
Paciente – Positivo para o SARS-CoV-2 (Covid-19)	Orientação
Assintomáticos ou com sintomas leves não respiratórios.	4 semanas
Sintomático (por exemplo, tosse, dispneia) que não necessitou de hospitalização.	6 semanas
Sintomático e diabético, imunocomprometido ou hospitalizado.	8 a 10 semanas
Paciente que foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido à COVID-19.	12 semanas

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE NOTA TÉCNICA DA ANVISA – RISCO CIRÚRGICO PÓS-CONTÁGIO POR COVID-19	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

6. Fui informado que poderão ocorrer cancelamentos de cirurgias nos casos em que o período entre a doença e o procedimento não for respeitado, bem como que todo o caso de COVID-19 é de notificação compulsória aos órgãos de vigilância sanitária.

7. Fui informado que a razão de existir da Nota Técnica encontra justificativa na possibilidade de que pacientes que estão com COVID-19, ou já sofreram o contágio, possuam maiores riscos de complicações cardiopulmonares pós-cirúrgicas, do que pacientes que não sofreram o contágio, NA HIPÓTESE DE NÃO SER RESPEITADO OS PRAZOS DO QUADRO ACIMA.

8. Fui informado que deve ser informado pelo Paciente ou pelo seu Responsável, previamente ao ato cirúrgico, se o Paciente teve, ou não, contágio por COVID-19, bem como há quanto tempo foi o contágio e o término do contágio.

9. Fui informado que a medicina não é uma ciência exata e que os riscos a que o paciente que já teve contágio por COVID-19 está sujeito ainda não são conhecidos por completo.

10. Fui informado que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado desejado.

11. Fui informado que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais do HBB, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o **ÓBITO** do paciente.

12. Fui informado de modo claro, objetivo e completo sobre o conteúdo deste termo de consentimento, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter as respostas, as quais julguei suficientes e completas. Fui informado que posso revogar este consentimento, a qualquer tempo antes da cirurgia, bastando comunicar a minha decisão à equipe, sem sofrer nenhuma punição.

Diante do exposto, declaro que **ESTOU CIENTE** e de acordo com o acima informado e que **ACEITO OS RISCOS** citados neste documento, motivo pelo qual **AUTORIZO** a equipe médica e demais profissionais do HOSPITAL BRUNO BORN a realizar a cirurgia.

Lajeado ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura