

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PACIENTE

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo
médico(a) ou agente de vigilância em saúde/epidemiológica
_____ sobre a necessidade de
_____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido(a), com
data de início _____, previsão de término _____, local de
cumprimento da medida _____, bem como as possíveis consequências
da sua não realização.

PACIENTE/ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ RG Nº: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____.

MÉDICO OU AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/EPIDEMIOLÓGICA

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

Nome do profissional: _____

Assinatura: _____ CRM/Matrícula _____

TERMO DE DECLARAÇÃO

PACIENTE

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____, residente e domiciliado na Rua _____
Bairro _____, CEP _____, na cidade de _____,
Estado _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) ou agente
de vigilância em saúde/epidemiológica _____ sobre a necessidade de
isolamento a que devo ser submetido(a) e necessidade de manter distanciamento físico de pelo
menos um metro dos demais moradores da residência, com data de início em ____/____/____ e
previsão de término em ____/____/____.

As pessoas que residem no mesmo endereço ou os trabalhadores domésticos que exercem atividades
no âmbito residencial, devem cumprir medida de quarentena por 14 dias desde a data do último
contato, com data de início em ____/____/____, previsão de término em ____/____/____,
local de cumprimento da medida _____.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de quarentena
domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Assinatura da pessoa (caso índice): _____;

Data: ____/____/____ Hora: ____:____.