

(GUARDAR NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Deve ser preenchido pelo paciente/responsável

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____

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

Deve ser preenchido pelo médico

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:

ISOLAMENTO

QUARENTENA

Nome do médico: _____

Assinatura _____

CRM _____