

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu:				
CPF:	declaro que	fui devidamente	informado(a)	pelo médico(a)
Dr.(a)	sobre a nece	essidade de		(isolamento ou
quarentena) a que devo ser subr	metido, com data de início	e previsão de	término	local
de cumprimento da medida_	, bem c	como as possíveis cor	nseqüências da s	sua não realização.
( )Paciente ( ) Respo	nsável			
Assinatura:	G	rau de Parentesco:		
Data:/	-lora:;			
Deve ser preenchido pelo méd	lico			
	ou seu responsável, o funcionamento nento. O paciente e/ou seu responsá	•		
Abaixo, seguem as orientações	a serem seguidas:			
Principais condutas-Indicadas	para casos suspeitos ou confirma	ados sem necessidade de	e internação.	
No isolamento domiciliar o indivíd	uo deve:			
Permanecer em isolamento don	niciliar (em casa) durante 14 dias (a p	artir da data de início de sir	ntomas).	
• Manter distância dos demais fan	niliares, permanecendo em ambiente	e privativo e ambiente da ca	asa com ventilação r	natural.
<ul> <li>Utilizar máscara cirúrgica desca</li> </ul>	rtável este período e trocá-la quando	estiver úmida.		
• Cobrir o nariz e a boca com lenço	o descartável ao tossir ou espirar OU	praticar etiqueta da tosse (	tossir e espirrar na p	parte interna do braço).
Nome do médico:		_	CRM:	
	(Assinatura	e carimbo)		