

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Tratamento de Emergência/Urgência Odontológica durante a Pandemia de COVID-19.

Eu, _____ identificado como responsável legal do(a) menor _____ portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____ por vontade própria e devidamente informado concordo que o menor receba tratamento odontológico de urgência / emergência a ser realizado durante a pandemia de COVID-19.

Os procedimentos odontológicos podem gerar aerossóis que permitem a disseminação do vírus. A natureza ultrafina do spray produzido pelo equipo odontológico permite que ele permaneça suspenso no ar por minutos ou até horas, o que pode transmitir o vírus COVID-19.

- Entendo que, apesar da observância dos padrões de biossegurança no consultório odontológico, à presença de outros pacientes, às características do vírus e ao procedimento odontológico, existe um alto risco de se contaminar com o vírus ou pelo mero fato de permanecer na recepção.
- Fui informado de que as diretrizes de todas as instituições internacionais de saúde, dada a atual situação de pandemia, recomendam a suspensão do desempenho do tratamento odontológico eletivo. A consulta odontológica é limitada ao tratamento da dor, infecção e condições que interferem significativamente nas funções orais ou que podem causar exacerbação de uma dessas condições _____ (iniciais).
- Confirmo que solicito tratamento para uma condição clínica enquadrada nos critérios acima exposto _____ (iniciais)
- Confirmo que não apresento, nem apresentei nos últimos 14 dias, nenhum dos sintomas de COVID-19 listado a seguir: febre, falta de ar, tosse seca, coriza, garganta inflamada _____ (iniciais)
- Declaro que não estive em contato com nenhuma pessoa com confirmação de COVID-19 ou com sintomas respiratórios agudos nos últimos 14 dias _____ (iniciais)
- Tenho o conhecimento de que viajar aumenta significativamente o risco de contágio e transmissão do vírus COVID-19. Afirmo que não viajei nos últimos 14 dias _____ (iniciais)
- Entendo que as organizações internacionais de saúde recomendam uma distância social de pelo menos 2 metros, o que é impossível durante o tratamento odontológico _____ (iniciais)

Nome: _____

Assinatura: _____ CPF: _____

Cirurgião dentista: _____ CRO: _____

Assinatura: _____ CPF: _____

Local: _____ Data: _____