

**TCI - Termo de Consentimento Informado para realização de testes de
função pulmonar em período de pandemia de COVID-19**

Pelo presente instrumento, eu, _____,
portador do RG nº : _____ e
CPF nº: _____ e/ou como
representante legal de _____, declaro:

Que me foi esclarecido que neste momento de pandemia (COVID-19) em que estamos passando, a realização dos testes de função pulmonar pode gerar aerossóis na forma de gotículas devido à tosse ou espirro e geralmente exigem dos pacientes realização de manobras envolvendo um maior fluxo de ar que a respiração normal. Portanto, esses exames não são isentos de risco de propagação da infecção a indivíduos e superfícies adjacentes dentro e ao redor das áreas de realização do teste, mesmo através de pacientes assintomáticos e a despeito de todas as recomendações de biossegurança, incluindo uso de filtros.

Que me foi explicado que todo paciente, que está atualmente realizando testes de função pulmonar, passa por uma triagem a fim de auxílio na exclusão de possível infecção e que todo o pessoal envolvido na realização direta do exame fazem uso de equipamento de proteção individual (EPI) e seguem todas as normas oficiais de desinfecção dos aparelhos utilizados.

Afirmo ainda que no período dos últimos 15 dias corridos não apresentei nenhum sintoma de estado gripal, não apresentei febre, não apresentei tosse seca, não apresentei secreção nasal, não apresentei nenhum tipo de dificuldade respiratória, não tive perda de olfato ou perda de paladar, não estive em contato com pessoas suspeitas e nem confirmadas com COVID-19, não estive em contato com pessoas que apresentavam algum quadro de doenças respiratórias, não estive em contato com pessoas que apresentavam quadros de febre, não estive em contato com pessoas que apresentavam tosse, não estive em locais com aglomeração de pessoas e não viajei.

Que tive oportunidade de realizar perguntas verbalmente ao profissional que me atendeu e todas elas me foram respondidas satisfatoriamente.

Mesmo entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as minhas dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s) sejam realizado(s).

Assim, tendo conhecimento, autorizo voluntariamente o laboratório/ ou médico

realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) em minha pessoa, ou em quem se encontre sob minha guarda e responsabilidade .

(Cidade) _____ de _____ de _____.

Dr(a).

Paciente / Responsável Legal

Especialidade: Pneumologia

CRM