

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

Eu, abaixo assinado, confirmo que com o advento da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), fui devidamente esclarecido pelo cirurgião, e/ou equipe médica, dos riscos a que estarei exposto em relação a isso, em comparação aos prováveis benefícios que minha cirurgia oferece. Em virtude disso, o médico poderá solicitar previamente ao procedimento exames diagnósticos específicos relacionados ao vírus.

Estou informado e compreendi que durante o período perioperatório (imediatamente antes, durante a cirurgia e no pós operatório) estarei exposto a eventual contaminação pela COVID-19 por contato com pacientes e/ou profissionais da saúde portadores do novo coronavírus, mesmo que assintomáticos e não cientes de sua condição, e que isso aumenta a morbimortalidade do procedimento cirúrgico a que serei submetido. O contágio pelo vírus poderá acarretar o desenvolvimento de sintomas variados, com diferentes graus de gravidade, podendo gerar a necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intensivos, permanência hospitalar prolongada e até mesmo óbito.

Estou ciente também de que durante a pandemia os profissionais que me assistem, estão igualmente expostos ao COVID-19 e conseqüentemente podem necessitar de afastamento de suas atividades, acarretando na transferência de meus cuidados para outros profissionais da mesma Instituição.

Ciente do risco e benefício, bem como esclarecidas todas as minhas dúvidas, aceito realizar o procedimento."

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Apesar do médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do procedimento.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos pacientes.**