

TERMO DE AUTO DECLARAÇÃO

Rio de Janeiro, / /

Eu, _____,
abaixo assinado, informo que serei submetido(a) ao
procedimento: _____.

Informo que nos últimos 14(catorze) dias apresentei/tive:

	SIM	NÃO		
1. Febre	()	()		
2. Tosse	()	()		
3. Coriza	()	()		
4. Dor no corpo	()	()		
5. Dor de cabeça	()	()		
6. Perda de olfato	()	()		
7. Perda de paladar	()	()		
8. Diarreia	()	()	SIM	NÃO
9. Contato com pessoa suspeita ou diagnosticada com COVID-19	()	()	()	()
10. Fui diagnosticado(a) com COVID-19 nos últimos 90 dias	()	()	()	()

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

Assinatura do paciente ou responsável

ORIENTAÇÕES:

1. *Caso algum quesito seja marcado como (SIM), o paciente deverá ser submetido ao teste de COVID-19 antes da internação.*
2. *O PACIENTE DEVERÁ TRAZER COMPROVANTE DE VACINAÇÃO E/OU TESTE NEGATIVO PARA COVID-19 REALIZADO ATÉ UMA SEMANA ANTES DO DIA DA INTERNAÇÃO.*
3. *No caso de cirurgias: Cardíacas, Cirurgia Vascular arterial, Oncológica, Neurocirurgia, Ortopédica com colocação de prótese articular, todos os pacientes serão submetidos ao teste de COVID-19, independente do preenchimento do termo de auto declaração.*