

## Consentimento informado – Tratamentos dentários durante a pandemia COVID-19

Estimado(a) Paciente (Ou seu Responsável, no caso de menores)

.....

Nome do paciente (se for menor) .....

Devido à situação de pandemia, COVID-19, que estamos a atravessar pedia o favor de responder às seguintes questões assinalando com X:

Esteve em contacto (não protegido) com um caso confirmado de COVID-19?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Viajou para os países de risco nos últimos 14 dias?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Tem ou teve febre nos últimos 14 dias?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Tem ou teve sensação de falta de ar nos últimos 14 dias?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Tem ou teve algum problema respiratório, nomeadamente tosse seca, nos últimos 14 dias?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Tem ou teve alteração do paladar, nos últimos 14 dias?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Nos últimos 14 dias, esteve em contacto próximo com alguém que apresentava sintomas respiratórios agudos?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Tem ou teve dores de garganta nos últimos 14 dias ?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tem ou teve a COVID-19?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
No caso de resposta afirmativa da questão anterior, ainda se encontra em período de isolamento?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Faz parte do chamado grupo de risco (PF vire a folha)?	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

*Durante a sua consulta teremos de usar meios de proteção adicional, o que pode trazer custos acrescidos, não previstos em nenhum seguro ou convenção. Esses custos poderão variar entre 5 a 25 euros, de acordo com o tratamento.*

**Se nos próximos 14 dias tiver qualquer sintoma relacionado com COVID-19, deve avisar a LACLINIC.**

Agradecemos a sua colaboração, juntos vamos conseguir!

Declaro a veracidade das minhas respostas e aceito as condições e que me seja feito o tratamento com condicionamentos e riscos sanitários atuais:

Assinatura:.....  
(em caso de menor assinar o seu acompanhante)

Data: Aveiro...../...../2020

## GRUPO DE RISCO

### **Por favor veja assinale, se for o seu caso:**

De acordo com o conhecimento atual, incluem-se no grupo de indivíduos que necessitam atenção especial os que apresentem uma ou mais das seguintes características:

1. Idade igual ou superior a 65 anos
2. Doenças crónicas
  - 2.1. Hipertensão arterial;
  - 2.2. Doença cardiovascular;
  - 2.3. Doença cerebrovascular;
  - 2.4. Diabetes;
  - 2.5. Doença crónica respiratória;
  - 2.6. Asma;
  - 2.7. Doença oncológica;
  - 2.8. Doença renal;
  - 2.9. Doença hepática severa;
3. Imunodeficiência / imunossupressão, onde são incluídos indivíduos a fazer tratamentos de quimioterapia ou tratamentos de doenças autoimunes como:
  - 3.1. Quimioterapia;
  - 3.2. Artrite reumatóide;
  - 3.3. Lúpus;
  - 3.4. Esclerose múltipla
  - 3.5. Algumas doenças inflamatórias intestinais;
  - 3.6. VIH / SIDA;
  - 3.7. Doentes transplantados;
4. Gravidez