

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO E TOMADA DE CONHECIMENTO VISITAS A RESIDENTE EM ERPI

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento (o pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Orientação n.º 025/2020 do DQS de 11/05/2020, da DGS).

Parte respeitante ao que é consentido:

Declaro ter compreendido as medidas e regras em vigor no âmbito das visitas a residentes em ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, cujos procedimentos e objetivos me foram apresentados e explicados pelos profissionais da Misericórdia do Porto, comprometendo-me ao seu rigoroso cumprimento, nomeadamente:

1. Permitir que me seja medida a temperatura corporal.
2. Utilizar todos os equipamentos de proteção individual que me sejam indicados, durante todo o período de permanência no Estabelecimento.
3. Executar todos os procedimentos de higienização nos termos indicados.
4. Respeitar o distanciamento físico (2m) face aos residentes e outros visitantes e cumprir a etiqueta respiratória.
5. Utilizar apenas os circuitos indicados para o efeito e sempre sob acompanhamento.
6. Não entregar objetos ou produtos diretamente ao residente, mas a um dos colaboradores da ERPI para a devida higienização. Apenas em situações de força maior devem ser transportados objetos para o interior do Estabelecimento.
7. Não realizar a visita no caso de ter estado em contacto com uma pessoa testada positiva para a COVID-19, nos últimos 30 dias.
8. No caso de posteriormente à visita, vir a testar positivo para a COVID-19, informar a autoridade de saúde local da visita efetuada à Instituição, assim como a Misericórdia do Porto.
9. Aceitar que se não reunidas todas as condições de segurança a visita seja cancelada.
10. Autorizar a recolha de dados pessoais que se destinam exclusivamente ao registo de visitantes.

Este documento ficará em arquivo no processo do residente, sendo o respetivo tratamento devidamente sigiloso e anónimo, nos termos e na duração estabelecidos por lei. A nossa Política de Privacidade pode ser consultada em www.scmp.pt.

Porto, ____ de _____ de 2020

Nome _____ CC/BI n.º _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

Nome _____ CC/BI n.º _____

Grau de parentesco ou tipo de representação _____

Assinatura _____