

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) Sr.(a) _____, responsável pelo(a) paciente _____ declara estar ciente e de acordo com as seguintes orientações:

A Lei nº 11.108/2005 assegura às parturientes o direito à presença de 01 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com fundamento na legislação vigente e nas normas internas da Instituição, EU, na qualidade de acompanhante é responsável pela internação da parturiente, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

- Fui devidamente informado(a) pelo Hospital sobre o direito da parturiente de indicar 01 (um) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos termos da Lei nº 11.108/2005.
- Estou ciente de que não é permitida a indicação de mais de um acompanhante simultaneamente, bem como é vedada a entrada e permanência de fotógrafo(a), cinegrafista ou qualquer profissional externo no setor da Clínica Obstétrica, visando à segurança, privacidade e ao adequado andamento dos atendimentos.
- Comprometo-me a cumprir rigorosamente todas as orientações, normas e recomendações apresentadas pela equipe médica, enfermagem e demais profissionais do Hospital, mantendo conduta adequada, respeitosa e colaborativa durante todo o período de permanência na unidade.
- Reconheço que é proibida qualquer atitude que interfira, atrapalhe ou prejudique o atendimento médico-hospitalar, incluindo, mas não se limitando a:
 - gravações inadequadas, fotos ou transmissões sem autorização;
 - circulação indevida em áreas restritas;
 - discussões ou condutas que comprometam a segurança da parturiente, do recém-nascido, da equipe e dos demais pacientes.
- Estou ciente de que o descumprimento das normas ou a adoção de comportamentos inadequados poderá acarretar a perda do meu direito de permanecer como acompanhante, sem prejuízo das demais medidas que o hospital entender cabíveis.
- Declaro, ainda, que recebi todas as informações necessárias, compreendi plenamente seu conteúdo e assumo total responsabilidade por minha conduta enquanto acompanhante autorizado(a) da parturiente.

Ijuí (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____