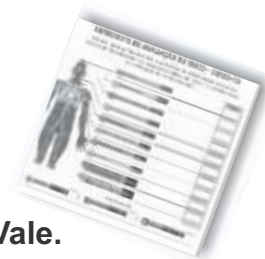


# ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

## PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS NO HOSPITAL DE OLHOS DO VALE

**Prezado(a) Paciente:**

- 1) Você deverá receber esclarecimentos junto ao seu médico a respeito do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS**. Assine no local indicado e entregue para o(a) médico(a) ou sua secretária.
- 2) Na véspera do procedimento cirúrgico, deverá também responder a **ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - COVID-19**, conforme anexo.  
**Ela será realizada via telefone por um colaborador do Holhos do Vale.**
- 3) Siga a orientação recebida da secretária do(a) médico(a) quanto ao horário de chegada no HOlhos do Vale e que será confirmado na véspera do procedimento cirúrgico, juntamente com a entrevista de Avaliação de Risco.  
Dessa forma, o fluxo de atendimento será mais ágil e evitará aglomerações.
- 4) Será permitido a presença de apenas **UM** acompanhante por paciente. Não será permitido acompanhantes menores de 16 anos.
- 5) No dia do procedimento no HOlhos do Vale, o paciente e o seu acompanhante, deverão:
  - **comparecer utilizando máscaras;**
  - **conferir a temperatura corporal que será realizada por um colaborador do Holhos;**
  - **realizar a higienização das mãos. O HOlhos do Vale disponibiliza em todos os seus ambientes álcool em gel 70% e lavatórios.**
- 6) Pedimos sua gentileza para que não tirem as cadeiras dos lugares de nossas salas de espera, pois elas respeitam o distanciamento mínimo exigido pela OMS - Organização Mundial da Saúde.



Ressaltamos que os colaboradores do HOlhos do Vale, em todas as fases do fluxo de atendimento ao paciente e seu acompanhante, utilizam EPIs - Equipamentos de Proteção Individual, necessários e adequados para cada situação..

Agradecemos a sua colaboração.  
Comitê de Qualidade e Segurança do Paciente

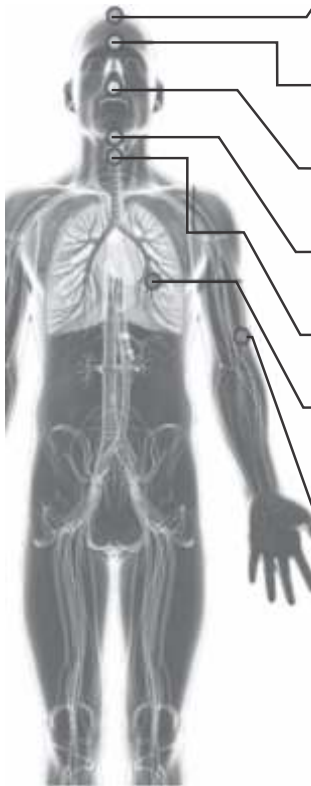
São José dos Campos, 08 de março de 2022.

#atendimentoseguroHOLHOS - Pacientes



## ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - COVID-19

Declaro, para os devidos fins, que forneci as informações abaixo ao serviço de atendimento do Hospital de Olhos do Vale, 1 (um) dia antes da realização de minha cirurgia.

	Pontos:
 1 Tem febre? Pontos: 5	<input type="text"/>
2 Tem dor de cabeça? Pontos: 1	<input type="text"/>
3 Tem secreção nasal ou espirros? Pontos: 1	<input type="text"/>
4 Tem dor/irritação de garganta? Pontos: 1	<input type="text"/>
5 Tem tosse seca? Pontos: 3	<input type="text"/>
6 Tem dificuldade respiratória? Pontos: 10	<input type="text"/>
7 Tem dores no corpo? Pontos: 1	<input type="text"/>
8 Tem diarreia? Pontos: 1	<input type="text"/>
9 Viajou nos últimos 14 dias? Pontos: 3	<input type="text"/>
10 Esteve em contato com algum caso de COVID-19? Pontos: 10	<input type="text"/>

### RESULTADOS:

**A** Risco Baixo De 1 a 9 Pontos  **B** Risco Médio De 10 a 19 Pontos  **C** Risco Alto De 20 a 36 Pontos

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Entrevistado por: \_\_\_\_\_

#atendimentoseguroHOLHOS - Pacientes

**HOSPITAL  
DE OLHOS**  
DO VALE

