**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Aqui temos pacientes que podem morrer com doenças que trazemos de casa para dentro do hospital. Por isso, antes de você entrar, solicitamos que responda a algumas perguntas:

**FAÇA UM X abaixo do SIM ou do NÃO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Você:** | **SIM** | **NÃO** |
| **Tem manchas pelo corpo?** |  |  |
| **Está com tosse?** |  |  |
| **Está com febre?** |  |  |
| **Sente-se doente ou com dores pelo corpo neste momento?** |  |  |
| **Alguém que mora com você está doente?** |  |  |
| **Está com o nariz escorrendo, entupido ou espirrando?** |  |  |

**Declaro que estou em boas condições de saúde para entrar na Unidade Neonatal:**

**Seu nome e assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome/Leito do Recém-Nascido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Se estiver doente, por favor, não entre!**