

Consentimento informado, esclarecido e livre para atos / intervenções de saúde

Nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde

No âmbito do **Programa de Telessaúde** e tendo em conta o tipo de serviços de saúde prestados aos utentes, o profissional de saúde deve informar sobre:

1. Diagnóstico e ou descrição da situação clínica;
2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo;
3. Benefícios; riscos graves e riscos frequentes;
4. Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas;
5. Riscos de não tratamento.

Parte declarativa do profissional:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data ___/___/____ Assinatura e número de cédula profissional _____

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 Norma n.º 015/2013 do DQS de 03/10/2013, da Direção-Geral da Saúde.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentada

*Declaro que **concordo / não concordo*** com a prestação de serviços no âmbito da Telessaúde, com a finalidade exclusiva de indicação diagnóstica e terapêutica, conforme me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Assim, **autorizo / não autorizo*** a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas e constam deste documento. (* Riscar o que não interessa)*

_____ (local), ___/___/____ (data)

Nome: _____

Assinatura _____

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade:

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome: _____

Doc. Identificação N.º _____ Data De Validade ___/___/____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura _____

Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.