

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 – **telerrastreio dermatológico e teleconsulta**, o profissional de saúde deve informar sobre (preencher os seguintes campos):

| | |
|--|--|
| Diagnóstico e ou descrição da situação clínica | Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo |
| Benefícios | Riscos graves e riscos frequentes |
| Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas | Riscos de não tratamento |

Parte declarativa do profissional:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, a situação de saúde, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento e as consequências da sua recusa. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Data ___/___/___ Número da cédula profissional:

Assinatura:

Unidade de Saúde:

Contacto Institucional do Profissional de Saúde:

v.s.f.f.

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 DGS).

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 **Não autorizo** *(assinalar a opção)* O ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas. Esta autorização vincula, também, expressamente a recolha e utilização dos dados pessoais constantes deste documento, que se destinam exclusivamente à prestação de cuidados de saúde, de acordo com a legislação em vigor. Este documento ficará em arquivo vitalício no processo clínico do utente, sendo o respetivo tratamento devidamente sigiloso e anónimo.

Data: ___/___/____ Local:

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 ou 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 (o documento é composto por duas páginas, sob pena de ser considerado inválido).

Informação adicional:

- Este modelo está disponível, para preenchimento online, em <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>;
- Ou para download em <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/Profissionais/ProgramaTelessaudeAlentejo/Paginas/Teleconsultas.aspx>