ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO E ACEITE – TELECONSULTA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

1. CONSIDERANDOS:

1.1. Considerando o período de excepcionalidade ocasionado pela pandemia do Covid-19;

1.2. Considerando a manifestação positiva do Conselho Federal de Medicina no sentido de autorizar o atendimento da população via Telemedicina em ofício enviado pelo Conselho Federal de Medicina no dia 19.03.2020 ao Ministro da Saúde;

1.3. Considerando o disposto na Lei nº 13.979/20, regulamentada pela Portaria nº 356, de 11 de março de 2020 do Ministério da Saúde, bem como o Estado de Calamidade Pública decretado pelo Congresso Nacional;

1.4. Fica o PACIENTE ciente de que se trata de atendimento em caráter excepcional, enquanto perdurar a manifestação do Covid-19;

1.5. Fica o PACIENTE ciente e concorda que o atendimento à distância poderá ser rejeitado, caso não venha a surtir o efeito necessário no paciente ou poderá ser substituída pela consulta presencial, a critério do MÉDICO ou do ENFERMEIRO;

1.6. Fica o PACIENTE ciente que o sigilo e a integridade das informações serão resguardados pelo MÉDICO e ENFERMEIRO.

2. DAS DECLARAÇÕES DO PACIENTE:

2.1. Eu, PACIENTE, DECLARO:

2.1.1. Que concordo em me submeter à teleconsulta;

2.1.2. Que é de minha expressa e espontânea vontade passar informações médicas e de saúde de cunho pessoal através de meios de comunicação à distância, estando sujeito às seguintes situações:

a) Perda de conexão durante a teleconsulta;

b) Necessidade de nova conexão para continuidade da teleconsulta;

c) Variação no estabelecimento da conexão;

2.1.3. Que entendo a necessidade de informar todos os meus sintomas e sinais.

2.1.4. Que a teleconsulta poderá se converter em presencial.

2.1.5. Que o MÉDICO poderá solicitar exames complementares para firmar uma hipótese diagnóstica.

2.1.6. Que estou ciente de que as informações por mim prestadas, via teleconsulta, poderão ser gravadas e armazenadas pelo MÉDICO e pela Instituição, sobre a qual guardará o devido sigilo, conforme exigido por lei, pelo que dou meu consentimento.

2.1.7. Declaro estar ciente de que o atendimento via teleconsulta foi escolhido por mim, em conformidade com meu MÉDICO e ENFERMEIRO, diante da impossibilidade da consulta presencial devido a pandemia do Covid-19, e expresso o meu consentimento para realização da consulta em questão.

3. DISPOSIÇÕES FINAIS:

3.1. Todas as informações serão registradas em prontuário.

3.2. Estes são os termos e condições que deverão ser observados pelo PACIENTE na utilização da teleconsulta.

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO E ACEITE – TELECONSULTA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

3.3. O PACIENTE declara ter lido e aceito este Termo de Consentimento.

3.3.1. O aceite dos Termos de Consentimento irá implicar no reconhecimento de que o PACIENTE é capaz ou tem poderes para representar e vincular legalmente o PACIENTE e que leu e entendeu todos os termos constantes neste documento.

3.3.2. Caso o PACIENTE tenha qualquer dúvida sobre o Termo de Consentimento, recomendamos que esse entre em contato conosco antes de aceitar, estar sujeito e se vincular ao mesmo.

3.4. O PACIENTE entende que este Termo de Consentimento tem a natureza jurídica de um contrato e concorda que o aceite implicará na sua vinculação.

3.4.1. Dessa forma, recomendamos que o PACIENTE imprima uma cópia destes documentos para futura referência.

3.5. O PACIENTE poderá ser bloqueado, restrito, desabilitado ou impedido de acessar a teleconsulta, sem qualquer aviso prévio, sempre que for detectada uma conduta inadequada deste, sem prejuízo das medidas administrativas, extrajudiciais e judiciais aplicáveis.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a).

( ) Paciente

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____

Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Declaração do Médico(a) / Enfermeiro(a)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), as considerações da teleconsulta. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes da teleconsulta. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico(a): _____

Assinatura sobre carimbo do enfermeiro(a): _____