

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
TELECONSULTA

Declaro para todos os fins e efeitos legais que eu, nome completo e data de nascimento informado em aplicativo de mensagens com vídeo chamada, onde será feito uma cópia contendo estes dados e o aceite deste termo e anexado em meu atendimento de teleconsulta, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, fui informado e esclarecido por meio deste instrumento, que considerando as determinações do Ministério da Saúde para os casos suspeitos, prováveis ou confirmados de 2019-nCoV (Coronavírus), dentre as quais a recomendação de manutenção dos pacientes em isolamento enquanto houver sintomas clínicos, concordo e autorizo a realização de teleconsultas e monitoramento de meus dados vitais, sendo o monitoramento condicionado à prévia indicação médica, através de meios tecnológicos de informação e comunicação exclusivamente para a realização dos cuidados que forem indicados à minha saúde.

Declaro, também, ter conhecimento de que a presente iniciativa tem o objetivo de permitir o acesso e o direcionamento das minhas informações de saúde de forma ágil e segura, bem como autorizo a transmissão e compartilhamento das minhas imagens, informações pessoais e dados em saúde com o médico assistente e com a equipe de saúde da Unimed Criciúma.

Declaro, igualmente, ter ciência de que as informações relacionadas ao atendimento serão devidamente evoluídas em meu prontuário.

Estou ciente de que este tipo de atendimento é pessoal e intransferível, portanto, não poderá ser utilizado por terceiros não autorizados.

1. Das informações preliminares:

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 Telemedicina¹, podendo ser empregada nos seguintes ramos:

A) Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento e paciente em isolamento;

B) Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença;

C) Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

1.3. Fica o paciente ciente de que se trata de atendimento em caráter excepcional, enquanto perdurar a manifestação do COVID-19.

1.4. Fica o paciente ciente e concorda que o atendimento a distância poderá ser rejeitado, caso não venha a surtir o efeito necessário, ou poderá ser substituída pela consulta presencial, a critério do médico.

1.5. Fica o paciente ciente que o sigilo e a integridade das informações serão resguardados pelo médico.

2. Dos riscos:

2.1. Declaro que é de minha expressa e espontânea vontade passar informações médicas a meu respeito, através de meios de comunicação on-line (a distância), estando sujeito às seguintes situações:

– Perda de conexão durante a teleconsulta;

– Necessidade de nova conexão para continuidade da tele consulta;

– Variação no estabelecimento da conexão.

2.2. Declaro que estou ciente de que as informações por mim prestadas, via online, poderão ser gravadas e armazenadas pelo médico assistente, o qual guardará o devido sigilo, conforme exigido por lei.

¹ RESOLUÇÃO CFM nº 1.643/2002: Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Art. 1º - Definir a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
TELECONSULTA

2.3. Declaro que estou ciente de que a ausência ou inveracidade das informações sobre o estado de saúde do paciente, poderá gerar equívoco no diagnóstico, monitoramento e tratamento.

2.4. Declaro que estou ciente de que há o risco de vazamento ou perda de dados e informações médicas do paciente, invasão de dispositivo de tecnologia (computador, telefone ou celular) do médico ou paciente e acesso por terceiros aos documentos sigilosos.

2.5. Estou ciente de que a exatidão do diagnóstico poderá ser comprometida, pois as conclusões do médico se estribarão exclusivamente nas informações e sintomas por mim relatados.

2.6. Tenho conhecimento também que a ausência de um exame físico, como toque, apalpação, aferimento de meus sinais vitais e outros, que somente seriam possíveis através de uma consulta presencial, podem comprometer a exatidão do diagnóstico.

3. Das considerações finais:

3.1. Comprometo-me a ser 100% (cem por cento) sincero e transparente, não omitindo de meu médico nenhuma dor, sintoma, desconforto ou conduta por mim praticada.

3.2. Assumo o compromisso de seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde para prevenir o contágio pelo Coronavírus, como lavar bem as mãos (dedos, unhas, punho, palma e dorso) com água e sabão e higienizá-las com álcool em gel a 70% (setenta por cento), como todas as outras recomendações dadas pelos profissionais de saúde e medidas adotadas pelos órgãos governamentais.

3.3. Fui informado que, em caso de urgência ou agravamento do meu estado de saúde, devo procurar imediatamente os serviços de saúde.

3.4. Finalizado o período de isolamento social, o Conselho Federal de Medicina poderá determinar a retomada das consultas presenciais, não permitindo mais a teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta.

3.5. Declaro que, em suporte as explicações verbais dadas por meu médico assistente, li e confirmei via aplicativo de mensagens o presente termo após tirar todas as dúvidas sobre os riscos da Telemedicina, razão pela qual concordei em ser atendido pela prática remota.

3.6. Por tal razão, declaro estar ciente de que o atendimento via Telemedicina foi escolhido por mim, em conjunto com meu médico, diante da impossibilidade da consulta presencial, devido a pandemia do COVID-19, e expresseo o meu consentimento para realização da consulta em questão.

Li e estou de acordo com o termo de uso e privacidade.