

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TELEMEDICINA

Cliente:	Sexo:
Data de nascimento:	Telefone:
Registro Geral (RG):	CPF:
Logradouro:	CEP:
CNS:	Data de Emissão:
Unidade de Origem:	Horário de Emissão:

Eu _____ inscrito pelo CPF nº _____ residente no endereço _____ ou na qualidade de representante legal do paciente _____, declaro que fui devidamente informado pelo Dr. _____, que o termo TELEMEDICINA se aplica ao uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde, específico para a médicos, respeitadas suas competências legais.

RESOLUÇÃO CFM nº 2.314/2022, define e regulamenta a TELEMEDICINA, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. O médico que utilizar a Telemedicina deve avaliar se as informações recebidas estão qualificadas, dentro de protocolos de segurança digital e suficientes para a finalidade proposta.

Art. 2º A TELEMEDICINA, em tempo real on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona), por multimeios em tecnologia, é permitida dentro do território nacional, nos termos desta resolução.

Declaro que fui orientado(a) sobre a TELEMEDICINA e estou ciente que as modalidades disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Araucária são:

[] TELECONSULTORIA médica: é ato de consultoria mediado por tecnologias digitais entre médicos, gestores e outros profissionais, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos e ações de saúde.

[] TELEINTERCONSULTA médica: é a troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de tecnologias digitais, exclusivamente para transmissão de dados (clínicas, laboratoriais e de imagens) para auxílio diagnóstico e/ou terapêutico, clínico ou cirúrgico.

Parágrafo único. O médico assistente responsável pela Teleinterconsulta deverá ser, obrigatoriamente, o médico responsável pelo acompanhamento presencial. Os demais médicos envolvidos só podem ser responsabilizados por seus atos.

Ao autorizar a TELECONSULTORIA/TELEINTERCONSULTA, permito o envio de dados que permitam a minha identificação, uma vez que ela se realizará entre médicos.

Declaro 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 autorizar a transmissão e compartilhamento das minhas informações pessoais e dados em saúde com o médico de apoio. Sendo assim, ao assinar esse termo declaro estar seguro (a) e ciente para a utilização da Telemedicina e ao mesmo tempo, declaro e dou fé que a assinatura abaixo é minha.

Ciente e esclarecido, DECLARO estar totalmente informado, dando meu aceite para que os procedimentos e tratamentos propostos pelo meu médico assistente sejam levados a termo, na forma por ele indicada, no intuito do restabelecimento de minha saúde.

Assinatura do (a) Paciente ou Representante Legal do (a) Paciente