

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O TELEATENDIMENTO

EU, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), portadora do RG _____ e inscrito (a) no
CPF sob nº _____, residente e domiciliado (a) à _____
_____, _____, (cidade),
_____ (estado), declaro para os devidos fins e efeitos legais que, em pleno gozo de minhas faculdades mentais,

fui informada (a) e esclarecido (a), por meio deste instrumento, acerca dos benefícios, limitações e riscos do teleatendimento. Estou ciente de que a presente iniciativa permite o acesso e o direcionamento das minhas informações de saúde, de forma ágil e segura, sendo devidamente evoluídas em meu prontuário, bem como que este tipo de atendimento é pessoal e intransferível, portanto, não poderá ser utilizado por terceiros.

Nesse contexto, concordo e autorizo a realização de atendimento por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), ou seja, por teleatendimento, como também concordo e autorizo a realização de monitoramento, condicionado à prévia indicação médica, o compartilhamento das minhas imagens, informações pessoais e dados em saúde com o médico assistente e com a equipe de saúde do Hospital Universitário Ana Bezerra (Huab), exclusivamente para a realização dos cuidados que forem indicados à minha saúde.

DAS INFORMAÇÕES PRELIMINARES.

Considerando a manifestação positiva do Ministério da Saúde (MS), com a instituição do Programa SUS Digital, Portaria GM/MS Nº 3.232/2024, o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, Portaria GM/MS Nº 3.492/2024, a criação da “Ação Estratégica SUS Digital - Telessaúde”, Portaria GM/MS Nº 3.691/2024 e demais regulamentações e consolidações, declaro ciência que:

I. A telessaúde é o conjunto de ações que utilizam as TICs para desenvolver serviços que promovam a integralidade e a continuidade da assistência e do cuidado em saúde entre todos os níveis de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde. Envolve ações realizadas por meio de teleconsultoria síncrona e/ou assíncrona, teletriagem, teleconsulta, teleinterconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento, teleorientação, teleeducação e telerregulação;

II. A teleconsulta é a consulta remota, mediada por Tecnologias da Informação e Comunicação, para a troca de informações clínicas, laboratoriais e de imagens entre profissional de saúde e paciente, com possibilidade de prescrição e emissão de atestados, devendo ser observadas as resoluções vigentes de cada conselho de classe profissional em exercício.

Declaro que foi explicado que o atendimento a distância poderá ser rejeitado por mim, caso não venha a surtir o efeito necessário,



ou poderá ser substituído pela consulta presencial, a critério do profissional de saúde; que o sigilo e a integridade das informações serão resguardados pelos profissionais de saúde.

Declaro ciência que para viabilidade do teleatendimento devo atender, cumulativamente, as condições mínimas necessárias:

- a) possuir Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, anexado ao prontuário;
- b) possuir acesso a telefone celular, tablet ou computador com recursos audiovisuais;
- c) possuir acesso à rede de internet com boa conexão;
- d) construir uma relação de respeito com o profissional de saúde (estando devidamente vestido, sendo gentil e buscando um lugar silencioso e com boa iluminação para melhor comunicação durante o teleatendimento);
- e) respeitar o objetivo da consulta e ter em mãos resultados de exames ou dados para acesso on-line, quando couber.

Outrossim, declaro ciência de que para o teleatendimento pediátrico, além da criança, deverá estar presente o responsável legal pelo menor de idade.

DOS BENEFÍCIOS, LIMITAÇÕES E RISCOS.

Declaro ciência dos benefícios, limitações e riscos que estão relacionados ao teleatendimento:

I. Os benefícios estão diretamente relacionados a:

- a) facilidade e agilidade na realização da consulta;
- b) consultas otimizadas e sem a necessidade de deslocamento;
- c) inexistência de filas e sem risco de contágio por outro paciente;
- d) acesso e compartilhamento imediato de prescrições e exames;
- e) esclarecimento de dúvidas e contato direto com o profissional de saúde.

II. A consulta por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação, está sujeita a situações como:

- a) perda de conexão durante o teleatendimento;
- b) necessidade de nova conexão para continuidade do teleatendimento;
- c) variação no estabelecimento da conexão;
- d) risco de vazamento ou perda de dados e informações médicas do paciente;
- e) invasão de dispositivo de tecnologia conectado à internet (telefone celular, tablet ou computador) do médico ou paciente, ocasionando acesso às informações e/ou documentos por terceiros.

Declaro ciência que o atendimento por teleconsulta não inclui exame físico, portanto, quando o médico julgar necessário, poderá solicitar o meu comparecimento presencial para nova avaliação, bem como que a ausência ou inveracidade das informações sobre o meu estado de saúde poderá gerar equívoco no diagnóstico, monitoramento e tratamento.

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Declaro ciência que:

- I. devo ser sincero e transparente, não omitindo nenhuma dor, sintoma, desconforto ou conduta praticada, relacionada a minha saúde;
- II. em caso de urgência ou agravamento do estado de saúde, devo procurar imediatamente os serviços de saúde PRESENCIAL;
- III. poderá haver a necessidade de solicitação de complementação de exames para um melhor diagnóstico e escolha de conduta terapêutica.
- IV. as informações prestadas, via teleatendimento, poderão ser gravadas e armazenadas pelo profissional de saúde, quando necessário, o qual guardará o devido sigilo, conforme exigido por lei;
- V. o profissional de saúde poderá encaminhar o paciente, segundo a avaliação, para o serviço presencial;
- VI. o teleatendimento será realizado mediante agendamento prévio e o médico não estará à disposição em outros horários não acordados previamente entre as partes;
- VII. a forma de comunicação com o paciente poderá ser realizada via Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT), e-mail, WhatsApp e/ou HU Digital.

DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Após ser esclarecido (a) sobre a modo como o teleatendimento será realizado, além de conhecer os benefícios, as limitações e os riscos existentes, com suporte de explicações verbais dadas pelo profissional de saúde assistente, concordo em participar do atendimento por teleconsulta. Ciente ainda de que a consulta é remota, individual e não poderei fazer uso da imagem, áudio ou vídeo fora do atendimento sem a autorização do profissional de saúde do Hospital Universitário Ana Bezerra (Huab). Confirmando que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Esse documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará no prontuário médico e a outra comigo.

Santa Cruz/RN, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal:

Assinatura e Carimbo do Médico:

Assinatura e RG da Testemunha:

Assinatura e RG da Testemunha:

