

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

Nome do procedimento: Telemonitorização em Insuficiência Cardíaca Crónica

Objetivo: Prevenir readmissões hospitalares e evitar o mais possível o agravamento da doença. Permite o controlo exaustivo e contínuo da saúde dos doentes crónicos, através da utilização das tecnologias da informação e das comunicações em situações em que o profissional de saúde e o doente não se encontrem no mesmo local.

Modo de realização: Consiste no uso de equipamentos com tecnologia sem fios, que permitem a recolha de dados clínicos do doente (por ex. Pressão arterial, ECG, peso corporal, etc.) e envio para uma central de telemonitorização em relação com o hospital. Estes equipamentos são colocados no domicílio do doente e é dada formação para assegurar a sua adequada utilização. As informações obtidas serão utilizadas apenas para a análise deste trabalho e para as alterações oportunas da terapêutica, de forma a melhorar a sua saúde.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: Promove os cuidados de saúde ativos com a deteção precoce de eventual descompensação da doença e possibilidade de atuação rápida evitando episódios urgentes, reduzindo os internamentos hospitalares e possibilitando a alta precoce. Contribui ainda para uma gestão mais eficaz e eficiente das doenças crónicas. Para o médico esta tecnologia melhora a otimização dos recursos clínicos possibilitando a prevenção e o diagnóstico precoce e um maior controlo sobre a adesão do doente à terapêutica. Para o doente a telemonitorização melhora os resultados evitando as agudizações e hospitalizações, melhora a sua qualidade de vida, diminuindo as visitas hospitalares potenciando a educação para a saúde, a autonomia e o auto-cuidado.

Alternativas terapêuticas: Não aplicável.

Riscos/complicações: Não existem riscos associados à Telemonitorização. No entanto, durante a monitorização, podem ocorrer as complicações habituais e inerentes à patologia de base (insuficiência cardíaca). O facto de se vigiarem determinados parâmetros (por ex. ECG, pressão arterial, saturação de oxigénio) pode permitir o alerta e o controlo mais rápido das intercorrências ou agudizações da doença.

Outras informações: A gestão, comunicação e transferência de dados pessoais dos doentes que participam neste projeto está conforme a Lei de proteção de dados pessoais (Lei nº67/68) e encontra-se em conformidade com o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia 2016/679 de 27 de abril de 2016. Ao assinar este formulário está a dar o seu consentimento, ao Médico Especialista e à Empresa que suporta o CHLN neste projeto para registar e usar os seus dados pessoais neste âmbito. O seu Médico Especialista e a Empresa são responsáveis pelo manuseamento dos seus dados, de acordo com as correspondentes leis de proteção de dados. Tem direito de solicitar informação sobre os seus dados na posse do Médico

DEPARTAMENTO DE
CORACÃO E VASOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
<https://www.ulssm.min-saude.pt/>

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

Especialista e da Empresa. Se desejar fazer um pedido de informação, por favor contacte o Médico Especialista ou a respetiva Empresa que, se necessário o(a) ajudará nesta situação. Tem direito a retirar o seu consentimento ao projeto e à utilização de dados em qualquer altura, incluindo a remover todos os seus dados do sistema. Nestes casos, o Médico Especialista e a respetiva Empresa não utilizarão mais os seus dados ou partilhá-los-á com terceiros, contudo poderão utilizá-los no período anterior a ter retirado o seu consentimento caso não opte pela sua remoção

Sempre que houver lugar a uma consulta não presencial por parte do Médico Especialista do CHULN será cobrada a respetiva taxa moderadora prevista na Portaria nº 64-C/2016, de 31 de março, sempre que não possua isenção constante do Decreto-Lei nº 117/2014, de 5 de agosto.

Local de realização/Contactos:

- Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca (Pólo HPV)
- Tel: 217 548 469 / E-mail:

Confirmo que expliquei pessoal e diretamente ao doente e/ou ao seu representante legal a informação acima mencionada, esclareci as dúvidas e respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem Médicos:

Assinatura:

Data:

Foi entregue cópia deste documento doente representante legal

Leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se não estiver completamente esclarecido, não hesite em solicitar mais informação.

Declaro que compreendi o objetivo, a natureza, os efeitos e os riscos do ato que me foi proposto e pude colocar todas as questões necessárias ao meu esclarecimento.

Em caso de necessidade, tenho direito a pedir uma segunda opinião antes de prestar o meu consentimento.

Fui informado que posso alterar o sentido da minha posição e que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Concordo com o que me foi proposto pelo médico que assina este documento e **autorizo** a realização do ato médico descrito, bem como os procedimentos adicionais diretamente relacionados, que por razões clínicas, se venham a mostrar necessários durante o referido ato.

Autorizo / Não autorizo a utilização, para fins de investigação e de ensino, das imagens e dados dos exames e eventualmente de amostras biológicas colhidas para o diagnóstico e tratamento da minha doença. Em qualquer caso, será omitida a minha identidade e garantida a total confidencialidade dos dados.

Recuso a realização do exame proposto e assumo as consequências que daí possam resultar, as quais me foram explicadas e por mim compreendidas e aceites.

IMP 010.03/17

De acordo com: Norma da DGS Nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015; Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) – Jornal Oficial da União Europeia (Edição em Língua Portuguesa), L119, 59º ano, 4 de Maio de 2016.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento e assumo as consequências que possam daí decorrer.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento à utilização dos dados registados durante este projeto.

De forma livre e esclarecida decido remover todos os meus dados guardados durante o projeto.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:
