

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E IMAGENS PESSOAIS

Identificação do doente

EM CASO DE AUSÊNCIA DE ETIQUETA DO
DOENTE, PREENCHER:

NOME:

DATA NASC:

NSC:

A prestação de cuidados requer a recolha, processamento e armazenamento de dados pessoais pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), E.P.E., para gestão do processo clínico e prestação eficiente dos cuidados de saúde. A utilização dos dados pessoais para outros fins que não o da prestação de cuidados, só pode ser realizada se for feita com base em dados anonimizados ou se for obtido o consentimento expresso do seu titular.

Neste sentido, para obtenção do consentimento expresso do seu titular, confirmo que no âmbito deste ato, informei pessoal e diretamente ao utente/representante legal, de forma adequada e compreensível, da finalidade e dos responsáveis da utilização pretendida para os seus dados ou imagens pessoais, assim como da possibilidade que tem de renunciar a este consentimento em qualquer altura. Confirmo também que esclareci quaisquer dúvidas e que respondi às questões que me foram colocadas.

Nome do médico:

Nº Ordem dos Médicos:

Assinatura:

Data:

Foi entregue cópia deste documento

doente

representante legal

A ser preenchido pelo utente/doente ou seu representante legal.

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

Compreendi os objetivos da utilização pretendida para os meus dados ou imagens pessoais e fui informado dos responsáveis da utilização pretendida, bem como da minha possibilidade de renunciar a este consentimento em qualquer altura, sem prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar este procedimento.

Confirmo também que esclareci quaisquer dúvidas e que respondi às questões que me foram colocadas.

Declaro que de acordo com o que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento:

DEPARTAMENTO DE
CORÇÃO 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

Página 1 de 2

- Autorizo/Não Autorizo (riscar o que não interessa) a recolha de imagens pessoais para utilização em trabalhos de investigação, comunicações, artigos científicos e também para fins de ensino.
- Autorizo/Não Autorizo (riscar o que não interessa) o tratamento de dados referentes à minha condição de saúde ou de doença para utilização em trabalhos de investigação, comunicações, artigos científicos e fins de ensino.
- Autorizo/Não Autorizo (riscar o que não interessa) a utilização de imagens referentes à minha pessoa em ações de divulgação.

Se sim: Só com ocultação da identidade Só sem visualização do rosto
 Sem restrições Só com barra na zona dos olhos

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE IMAGENS PESSOAIS

De forma livre e esclarecida decido retirar o consentimento para este procedimento.

O doente representante legal

Nome:

Data:

BI/CC (representante legal):

Parentesco com o doente:

Assinatura:

REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO À UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

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:

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.