

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

DIRECTIVA TÉCNICA N.º 4/UMCCI/2008

DATA: 7/01/2008

Assunto: Consentimento Informado e Termo de Aceitação de Internamento

Para: ECR, ECL, EGA
Divulgação Geral – Unidades Prestadoras

C/c: ARS, Centros Distritais do ISS, I.P.

O ingresso de doentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) está, naturalmente, dependente da respectiva vontade, a qual deve ser livremente formada após adequada informação dos cuidados de saúde e de apoio social que lhes irão ser prestados nesse âmbito.

Para admissão em unidade ou equipa da RNCCI é, pois, necessário obter o prévio consentimento para tal, expresso por escrito, por parte do doente ou do seu representante.

Compete à Equipa Coordenadora Local diligenciar a obtenção do referido consentimento do doente (ou do seu representante), bem como do Termo de Aceitação de Internamento, no caso das Unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção.

Para o efeito, divulga-se em anexo o modelo de Consentimento Informado.

Por sua vez, o Termo de Aceitação de Internamento é preenchido automaticamente na “Aplicação Informática da Segurança Social para os representantes do ISS, I.P. nas Equipas Coordenadoras Locais”, de acordo com as instruções para o efeito.

Lisboa, 7 de Janeiro de 2008

A Coordenadora da UMCCI



(Inês Guerreiro)

Anexos: Modelo de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

_____, (nome do doente),
_____, (estado civil), residente em _____
_____, titular do Bilhete de Identidade nº _____,
emitido em ___/___/_____, pelo Arquivo de _____, (preencher os
dados referentes ao Passaporte apenas na falta de BI) Passaporte nº _____, emitido por
_____ (País) em ___/___/_____, Contribuinte Fiscal nº _____, Cartão de
Utente do SNS nº _____ Beneficiário do Subsistema nº _____ (se
for o caso, identificar sub-sistema de saúde e respectivo nº de beneficiário), NISS _____, declaro que:

Fui informado do meu estado de saúde, bem como das opções terapêuticas e das intervenções de apoio social adequadas à minha situação e foi-me proposta a admissão na RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, na modalidade de (assinalar qual a opção):

- internamento em Unidade de _____ (identificar a tipologia)
_____, (designação da unidade), situada
em _____, pelo período previsível de _____.
- apoio domiciliário por Equipa de _____ (identificar a ECCL ou
ECSCP), na residência acima identificada, pelo período previsível de _____.

Para me serem prestados, enquanto aí me mantiver, cuidados de saúde tendentes à recuperação global da minha situação de dependência, tendo ficado ciente dos cuidados e tratamentos de saúde propostos, dos seus efeitos e de qual a sua finalidade e objectivos¹.

No decurso da prestação de cuidados pela referida Unidade - Equipa (riscar o que não interessa), será desenvolvido, em conformidade com a minha situação, um Plano Individual de Intervenção que será elaborado em conjunto comigo e que me será descrito e explicado previamente à realização dos cuidados e intervenções aí previstas.

Fui também informado de ter total liberdade para recusar a admissão proposta e de poder, a qualquer momento, não autorizar/retirar o consentimento para a prestação dos cuidados de saúde e das intervenções de apoio social, bem como de a todo o tempo poder solicitar maior informação e/ou esclarecer dúvidas junto dos profissionais de saúde/apoio social que integram a Unidade - Equipa (riscar o que não interessa). Mais declaro saber que eventuais reclamações devem ser comunicadas à UMCCI-Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Rua Gomes Freire, nº5, 2º Direito. 1169-086 Lisboa Tel.: 21 358 80 60 – Fax 21 358 80 89 - www.rncci.min-saude.pt

¹ Devem nomeadamente ser descritos ao doente, de forma clara e perceptível, os cuidados, tratamentos ou procedimentos propostos, sua finalidade, objectivos e duração, possíveis complicações e/ou efeitos secundários e eventuais alternativas.



CONSENTIMENTO INFORMADO

Os meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, serão tratados, sob sigilo, no domínio da RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para sua exclusiva e estrita utilização para efeitos de gestão dos serviços de saúde da Rede e de prestação de cuidados e tratamentos de saúde no respectivo âmbito. O responsável pelo tratamento é a UMCCI - Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados e sei que posso aceder e rectificar os dados que me respeitam mediante solicitação escrita nesse sentido à UMCCI.

Para o tratamento automatizado dos referidos dados, sob forma anonimizada, com fins de investigação médico-científica, dou expressa autorização: Sim Não (assinalar qual a opção)

De forma livre e esclarecida e para os devidos efeitos,

Declaro consentir na minha admissão na _____
(identificar a Unidade/Equipa) nos termos acima enunciados.

Declaro que recuso a admissão aqui proposta, apesar de ter sido informado da sua adequação ao meu estado de saúde e situação de dependência.

Motivos _____

_____ (local), _____ de _____ de 200_____.

O Utente ⁽¹⁾

O Representante do Utente ⁽²⁾

O Profissional de _____ (identificar entidade) ⁽³⁾

¹⁾ Assinatura do utente conforme a do documento de identificação válido (BI/Passaporte) e respectiva cópia.

²⁾ Assinatura conforme a do documento de identificação válido (BI/Passaporte) e respectiva cópia. Devem ainda, neste caso, ser registados os respectivos contactos.

³⁾ Assinatura legível do Profissional que presta a informação e obtém o consentimento do utente.

