

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

DIRETIVA TÉCNICA Nº 7/UMCCI/2012

DATA: 03/09/2012

Assunto: Consentimento Informado e Termo de Aceitação

Para: ECR Norte; ECR Centro; ECR Lisboa e Vale do Tejo; ECR Alentejo; ECR Algarve

Divulgação Geral – Hospitais e Agrupamentos Centros de Saúde

C/c: ARS Norte, I.P.; ARS Centro, I.P.; ARS Lx e Vale do Tejo, I.P.; ARS Alentejo, I.P.; ARS Algarve, I.P.

Através da Diretiva Técnica n.º 4/UMCCI/2008, de 7.01, procedeu-se à divulgação do modelo de Consentimento Informado (CI) que é necessário obter por parte do doente ou seu representante para ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Foi igualmente mencionada a necessidade na obtenção do Termo de Aceitação (TA).

Veio agora, na sequência da autorização n.º 6992/2012, proferida pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), em sede de autorização para tratamento de dados pessoais no âmbito do funcionamento da RNCCI, a verificar-se a necessidade de reformulação do modelo de CI, anexando-se assim à presente o modelo já devidamente reformulado conforme à supra mencionada autorização.

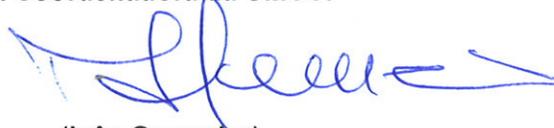
O modelo de CI em anexo encontra-se, igualmente, disponível na aplicação informática da RNCCI – “Gestcare CCI”.

Anota-se ainda que se mantêm atuais os procedimentos referidos na DT n.º 4/UMCCI/2008, no respeitante à obtenção de CI e de TA.

Pelo acima exposto, solicita-se a V.Exas. a divulgação da presente informação junto das ECL da área de influência dessa ECR.

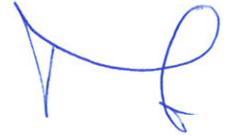
Lisboa, 03 de Setembro de 2012.

A Coordenadora da UMCCI



(Inês Guerreiro)

Anexo: modelo de CI



CONSENTIMENTO INFORMADO

_____, Titular do Bilhete de Identidade /
Cartão de Cidadão nº _____, válido até ___/___/_____, (na falta de outro documento de
identificação preencher os dados referentes ao Passaporte) Passaporte nº _____, emitido por
_____ (País) válido até ___/___/_____, NIF _____, Cartão de Utente do
SNS nº _____ Beneficiário do Subsistema nº _____ (se for o caso,
identificar subsistema de saúde e respetivo nº de beneficiário), NISS _____, declaro que:

Fui informada/o do meu estado de saúde, bem como das opções terapêuticas e intervenções de apoio social adequadas à minha situação, tendo-me sido proposta a admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na tipologia de (assinalar a opção):

- Internamento em Unidade de _____ (identificar a tipologia)
- Apoio domiciliário por Equipa de _____ (identificar a ECCL ou ECSCP), na residência atual _____ (identificar se diferente da anteriormente mencionada).

Para me serem prestados, enquanto aí me mantiver, os cuidados de reabilitação/ de manutenção / paliativos (riscar o que não interessa) necessários à minha situação de saúde, tendo ficado ciente dos cuidados e intervenções propostos, seus efeitos, a sua finalidade e objetivos¹.

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 me será descrito e explicado previamente à realização dos cuidados e intervenções aí previstas e para a elaboração do qual participarei.

Fui também informado de ter total liberdade para recusar a admissão proposta e de poder, a qualquer momento, não autorizar ou retirar o consentimento, para a prestação dos cuidados de saúde, bem como de a todo o momento poder solicitar mais informação e/ou esclarecer dúvidas junto dos profissionais que integram a Unidade – Equipa (riscar o que não interessa).

Os meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, serão tratados, sob sigilo, no domínio da RNCCI exclusivamente para efeitos de gestão dos serviços de saúde da Rede e de prestação de cuidados e tratamentos de saúde no respetivo âmbito. O responsável pelo tratamento é a Coordenação Nacional da RNCCI e sei que posso aceder e retificar os dados que me respeitam mediante solicitação nesse sentido à Coordenação Nacional da RNCCI.

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

CONSENTIMENTO INFORMADO

Para o tratamento automatizado dos referidos dados, sob a forma anonimizada, dou a minha 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 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 _____

_____, _____ de _____ de 20____.

O Utente ⁽¹⁾

O Representante do Utente ⁽²⁾

O Profissional _____ *(identificar entidade)* ⁽³⁾

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

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

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