TERMO DE CONSENTIMENTO SOBRE A REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO A DISTÂNCIA - TELECONSULTA

TCC
ABORL-CCF
Nº 26

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

Eu _____, inscrito no CPF sob o nº _____, dou plena autorização ao Dr(a) **DONALD TESTE QUITE**, inscrito no CRM SP sob nº **1234**, para realizar o atendimento de consulta à distância através de serviços eletrônicos.

DECLARO TER CIÊNCIA QUE:

I. O atendimento a distância é limitado por não permitir a realização do exame físico. Por isso é ainda mais importante informar todos os dados e informações possíveis, não omitindo nenhuma informação referente ao problema de saúde, colaborando assim para o bom aproveitamento desta consulta.

II. Poderá ser necessária, a critério do médico, a realização de exames complementares para auxiliar no diagnóstico.

III. Mesmo após a consulta à distância, poderá ser necessária a minha presença no consultório para uma consulta presencial. Ainda, pode ser necessário o encaminhamento a um serviço de pronto atendimento, a depender da hipótese diagnóstica.

IV. A consulta eletrônica à distância, tal qual a consulta presencial, tem seu tempo delimitado e não garante ao paciente o direito a disposição do médico em horário não acordado previamente entre as partes.

V. A consulta será realizada pela plataforma _____. Com dados armazanados em prontuário médico sob guarda do médico.

VI. Para consultas por convênio médico, é necessária a autorização prévia.

VII. Para consultas particulares, o valor é de R$_____, devendo ser pago antes do atendimento.

Declaro ainda, que autorizo a gravação dessa consulta e ter ciência que as informações serão guardadas em prontuário médico. Por fim, declaro ter lido e entendido as orientações contidas no presente instrumento, as quais entendi completamente e aceito. Assim, expresso meu pleno consentimento para a realização da teleconsulta.

Cidade: _____ Estado: _____ Data: ____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Nota: Artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2217/2018) e Artigo 9º da Lei nº 8.078/90 - É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.