

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

Eu, _____, nacionalidade, estado civil, profissão, inscrito(a) no CPF (MF) sob o nº _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, residente à Rua _____, nº _____, Apto. nº _____, Bairro _____, em Cidade/Estado: _____, CEP: ____-____, paciente do médico psiquiatra Dr. _____, inscrito no CRM sob o nº _____, venho, para os devidos fins, fazer a presente declaração de ciência e anuência nos seguintes termos:

Declaro estar ciente da necessidade e recomendação de isolamento social por força do estado de calamidade pública reconhecido pelo Governo Federal, em razão da pandemia do Coronavírus, COVID-19, com a consequente sugestão de redução de contato físico entre pacientes e médicos, notadamente pelo fato do profissional médico ser potencial vetor de transmissão do COVID-19.

Declaro que fui informado sobre as alternativas de atendimento e/ou manutenção de tratamentos não presenciais aos pacientes psiquiátricos - visando a promoção da assistência à saúde emocional e psíquica do paciente, principalmente no atual estágio de urgência e emergência da saúde pública - em especial os atendimentos online e virtual, com a utilização da Telemedicina, conforme autorizado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM (Resolução CFM 1.643/2002), bem como a possível necessidade de emissão de laudo e/ou receita de forma virtual, admitindo-se, entretanto, o envio da mesma por empresa privada de entrega/logística, buscando-se, apesar do risco inerente ao meio de entrega, atender à confidencialidade e inviolabilidade do laudo e/ou receita.

Declaro, ainda, que fui informado que para, assegurar o sigilo médico e o armazenamento de informações importantes, os atendimentos serão gravados e guardados virtualmente pelo médico, e/ou realizados através de plataformas criptografadas, com envio de um relatório ao paciente e, após, as informações serão gravadas e guardadas no respectivo prontuário, sendo mantida a confidencialidade das informações trocadas entre médico e paciente e eventuais assistente e médicos auxiliares que participem da consulta online/virtual e/ou do atendimento, o que fica desde já autorizado.

¹ Elaborado conforme a Recomendação CFM nº 1/2016 no que é aplicável.

Por fim, declaro minha ciência dos riscos advindos do tráfego de informações pela rede mundial de computadores (INTERNET), telefone e outra ferramenta tecnológica de comunicação, isentando o médico de tal responsabilidade, pelo que expresso minha anuência e consentimento para a utilização da Telemedicina, nos termos que me foram informados e explicados, ressaltando que fui devidamente esclarecido sobre o procedimento de consulta e atendimento virtual, bem como todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico por ocasião da assinatura do presente Termo, inclusive me foi dada a liberdade de não consentir com a alternativa de atendimento apresentada, de forma que o atendimento físico poderá ser realizado, à critério do profissional médico, para proteção à minha saúde e integridade física e psíquica.

_____, ____ de _____ de 2020.

Nome do paciente:
CPF n°: