**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TELEMEDICINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do paciente** |  |
| **CPF nº** |  |
| **Data de nascimento** |  |
| **Nome do médico assistente** |  |

Declaro que fui informado e esclarecido que:

1) O Conselho Federal de Medicina enviou Ofício CFM nº 1756/2020 - CONJUR para o Ministério da Saúde e reconheceu a possibilidade e a eticidade da utilização da **TELEMEDICINA, EM CARÁTER DE EXCEPCIONALIDADE E ENQUANTO DURAR A BATALHA DE COMBATE AO CONTÁGIO DA COVID-19**, devendo ser empregada nos seguintes ramos:

**1.1) Teleorientação:** para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de paciente em isolamento;

**1.2) Telemonitoramento:** ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença;

**1.3) Teleinterconsulta:** exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

2) No momento, a prática da TELEMEDICINA tem por fundamento a necessidade de proteger tanto a saúde dos médicos, que estão na linha de frente de combate ao coronavírus, como a dos pacientes, funcionando por meio da combinação de equipamentos digitais, softwares, plataforma, internet e especialista qualificado. Além disso, representa o recurso que contribui para melhorar a qualidade da assistência e reduzir o tempo entre o diagnóstico e a terapêutica. Embora esse recurso proporcione benefícios e vantagens interessantes na área da saúde, também traz consigo riscos que podem estar relacionados ao fator humano e às questões tecnológicas. Assim, declaro que fui informado dos seguintes riscos:

**2.1) FATOR HUMANO:** a ausência ou inveracidade das informações sobre o estado de saúde do paciente, poderá gerar equívoco no diagnóstico, monitoramento e tratamento;

**2.2) FATOR TECNOLÓGICO:** vazamento ou perda de dados e informações médicas do paciente, invasão de dispositivo de tecnologia (computador, telefone ou celular) do médico ou paciente e acesso por terceiros aos documentos sigilosos.

3) Estou ciente de que a exatidão do diagnóstico poderá ser comprometida, pois as conclusões do médico se estribarão exclusivamente nas informações e sintomas por mim relatados;

4) Tenho conhecimento também que a ausência de um exame físico, como toque, apalpação, aferimento de meus sinais vitais e outros, que somente seriam possíveis através de uma consulta presencial, podem comprometer a exatidão do diagnóstico;

5) Comprometo-me a ser 100% (cem por cento) sincero e transparente, não omitindo de meu médico nenhuma dor, sintoma, desconforto ou conduta por mim praticada;

6) Assumo o compromisso de seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde para prevenir o contágio pelo coronavírus, como lavar bem as mãos (dedos, unhas, punho, palma e dorso) com água e sabão e higienizá-las com álcool em gel a 70% (setenta por cento), como todas as outras recomendações dadas pelos profissionais de saúde e medidas adotadas pelos órgãos governamentais;

7) Fui informado que, em caso de urgência ou agravamento do meu estado de saúde, devo procurar imediatamente os serviços de saúde;

8) Finalizado o período de isolamento social, o Conselho Federal de Medicina poderá determinar a retomada das consultas presenciais, não permitindo mais a teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta;

9) Declaro que, em suporte as explicações verbais dadas por meu médico assistente, li e assinei o presente termo após tirar todas as dúvidas sobre os riscos da TELEMEDICINA, razão pela qual concordei em ser atendido pela prática remota.

Local/data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e a assinatura da paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do médico