

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Telessaúde

1 - O atendimento que recebo é inteiramente gratuito, por ser realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não havendo qualquer cobrança de valores.

2 - A Telessaúde compreende a prestação remota de serviços de saúde, por meio de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), sendo regulamentada pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. O atendimento remoto é reconhecido como prática válida e segura para os profissionais da saúde devidamente habilitados.

3 - Fui informado(a) de que a videochamada integra as práticas da Telessaúde, podendo se enquadrar em modalidades como: teleconsulta, teleorientação, telemonitoramento, teletriagem, telediagnóstico, teleinterconsulta, telerregulação, teleducação e teleconsultoria. Essas práticas possibilitam atenção à saúde, troca de informações clínicas, acompanhamento de parâmetros, prevenção e promoção da saúde.

Minha participação neste atendimento remoto é voluntária e ocorre por livre escolha.

4 - Em relação ao sigilo do atendimento profissional da saúde, não poderei fazer qualquer gravação do atendimento.

5 - Autorizo que as informações compartilhadas durante a videochamada sejam registradas no meu prontuário eletrônico e utilizadas para fins assistenciais dentro dos parâmetros legais e éticos aplicáveis ao SUS.

6 -Fui informado(a) de que tenho o direito de recusar o atendimento remoto e optar por outro formato presencial, se disponível, sem qualquer prejuízo ao meu direito à saúde.

Estou ciente e concordo com a realização da videochamada, sempre que este formato de atendimento for acordado entre mim e o(a) profissional de saúde responsável, conforme orientações acima.

Nome do paciente (letra de forma): _____

Responsável/cuidador (quando houver): _____

Parentesco/vínculo: _____

Assinatura do paciente **ou**, quando aplicável, do responsável/cuidador: _____

Assinatura do profissional: _____

Data: ____/____/____

Unidade de Saúde: _____