



ETIQUETA DO UTENTE

N.º de Processo/SNS: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

1. Diagnóstico/descrição da situação clínica: _____

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo: _____

3. Benefícios: _____

4. Riscos graves e riscos frequentes associados ao ato/intervenção: _____

5. Atos/Intervenções alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas: _____

6. Riscos de não tratamento: _____

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, os procedimentos necessários ao ato/intervenção referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde _____

Assinatura _____

Data ____ / ____ / ____

Contacto institucional _____

N.º céd. profissional
ou n.º mec. _____

Este documento é feito em duas vias originais (uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente).



Ao utente/representante legal:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, por favor assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não serei prejudicado nos meus direitos assistenciais se recusar esta solicitação e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Declaro que me foi entregue, em mão, um duplicado do presente documento de consentimento informado, em suporte físico, devidamente assinado por mim e pelo profissional de saúde responsável.

Dou o meu consentimento para que naqueles atos médicos participem e assistam outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos em período formativo.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o ato/intervenção indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Autorizo/Não autorizo (*riscar o que não interessa*) o registo fotográfico ou filmado e a sua utilização, assim como de outra documentação, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, para fins de investigação científica ou de ensino, após devidamente anonimizados e autorizados, de acordo com o tipo de Estudo, por um ou vários dos seguintes Órgãos: Direção do Serviço, Coordenação da Unidade Funcional, Comissão de Ética em Saúde e Serviço de Inovação e Investigação Clínica da ULSLO.

Nome Data ____ / ____ / ____ Assinatura

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade, este documento deve ser assinado abaixo por representante legal (ressalva-se que no caso de menor com 16 ou mais anos e capacidade para compreender a informação transmitida, este documento deve ser igualmente assinado pelo próprio após a secção autorizo/não autorizo).

Nome N.º Doc. Identificação Validade ____ / ____ / ____

Parentesco ou tipo de representação Assinatura

Este documento é feito em duas vias originais (uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente).