

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TELECONSULTA

A teleconsulta consiste na realização de atendimento médico remoto, por meio de tecnologias seguras de comunicação à distância, como videoconferência, aplicativos de chamadas por vídeo ou outras plataformas autorizadas, utilizando dispositivos como computadores, tablets ou smartphones.

Este termo também se aplica ao responsável legal, quando o(a) paciente não tiver capacidade para compreender ou manifestar sua vontade de forma autônoma.

Antes do início do atendimento online, deve o paciente, ciente dos direitos e deveres relacionados ao atendimento remoto, **DECLARAR** que:

1. Recebeu as orientações necessárias para a preparação da teleconsulta no momento do agendamento e as segue adequadamente.
2. Compromete-se a estar em ambiente reservado e tranquilo durante a consulta, assegurando sua privacidade, salvo se a presença de outra pessoa for considerada necessária pelo(a) médico(a).
3. Compreende que o atendimento por telemedicina possui limitações técnicas e clínicas quando comparado ao atendimento presencial, podendo restringir a avaliação completa de determinadas condições de saúde.
4. Entende que, durante ou após a consulta, o(a) profissional poderá solicitar exames complementares ou encaminhar para outras especialidades e procedimentos, caso julgue necessário.
5. Reconhece que o(a) médico(a) tem autonomia para interromper a teleconsulta e recomendar atendimento presencial sempre que considerar que o atendimento remoto não é apropriado ao caso.
6. Está ciente de que casos de urgência ou emergência devem ser atendidos em serviços de pronto atendimento presenciais, e não por meio da teleconsulta.
7. Está ciente de que receberá orientações específicas ao final da consulta e se compromete a segui-las conforme indicação do(a) profissional.
8. Reconhece que a consulta virtual integra o tratamento, mas não garante, por si só, a cura ou a resolução total do quadro clínico, podendo ser necessárias reavaliações e ajustes terapêuticos posteriores.
9. Concorde em retornar em nova consulta médica sempre que solicitado pelo(a) profissional para continuidade do tratamento.
10. Fornecerá informações verdadeiras e completas sobre seu estado de saúde, ciente de que as informações prestadas passam a integrar seu prontuário clínico.
11. Autoriza o acesso aos seus dados pessoais e informações clínicas por parte do(a) profissional responsável pela teleconsulta, exclusivamente para fins de atendimento médico.
12. Autoriza a transmissão dos seus dados pessoais, dados sensíveis e imagens por meio das plataformas eletrônicas utilizadas para a teleconsulta, exclusivamente para realização do atendimento, observadas as normas éticas, de sigilo profissional e as disposições da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).
13. Está ciente de que informações de saúde originadas em consultas anteriores realizadas no Instituto poderão ser acessadas e consideradas pelo(a) profissional de saúde responsável pela teleconsulta, garantindo a continuidade do cuidado.
14. Autoriza a realização da consulta médica por telemedicina, sempre considerando os limites éticos e técnicos do atendimento remoto.

Ciente dos direitos, deveres, limitações e condições da teleconsulta, o paciente manifesta seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** para a realização do atendimento médico remoto, nos termos aqui descritos.

Em caso de dúvidas, consulte a equipe de apoio do Instituto de Psiquiatria Paulista ou o(a) profissional de saúde antes do início do atendimento.