

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REGISTRO DE DADOS SENSÍVEIS (IMAGENS)

Eu, _____, responsável legal pelo(a) paciente
_____, menor de 18 anos ou incapaz de decidir, AUTORIZO,
por meio deste documento, o registro de imagem da seguinte parte do corpo do(a) paciente
(_____), com os critérios abaixo descritos:

- utilização do registro para a seguinte finalidade específica: _____;
- utilização do registro na forma anônima, sendo relativizada essa exigência somente se não for tecnicamente possível;
- com compartilhamento apenas com profissionais do Hospital Pequeno Príncipe que possam ter interesse técnico relacionado ao caso clínico observado.

Confirmo que:

- me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas;
- recebi explicações verbais sobre as dúvidas que apresentei;
- compreendi as explicações e expressões;
- concordo com os termos deste documento;
- ficou claro quais são os propósitos do uso do registro acima especificado;
- me foi esclarecido que, ao final do objetivo acima especificado, o registro será excluído ou arquivado no prontuário do(a) paciente;
- o Hospital Pequeno Príncipe utiliza mecanismos para a proteção dos dados pessoais dos pacientes; e
- **o profissional médico responsável pelo registro se comprometeu pessoal e profissionalmente a utilizar o registro conforme este documento e com os cuidados e proteções determinados em lei.**

Declaro que nada omiti em relação à saúde do(a) paciente acima identificado(a) e que essa declaração poderá fazer parte da ficha clínica da criança ou do adolescente ou ficará na guarda do Hospital Pequeno Príncipe, estando a instituição autorizada a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique qualquer tipo de ofensa.

Curitiba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do responsável legal pelo paciente

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)