

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

() Paciente e ou () Responsável: _____,
quanto aos principais aspectos relacionados ao **USO DE IMAGEM**, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) Procedimento: esta pesquisa tem como objetivo a coleta de dados para embasar as ações de sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas e acompanhamento da terapia tópica através de fotografias que serão realizadas periodicamente, conforme a resolução 466, item II.23. Este estudo irá consistir de fotografias (feitas pelo (a) enfermeiro (a) do curativo) da sua ferida do início até o final do tratamento. Esclarecemos que as fotos serão apenas do local da ferida. Este projeto visa à melhoria do atendimento de enfermagem ao cliente portador de feridas na escolha acertada das coberturas (material que irá ocluir e tratar a ferida). Sua participação é muito importante, e para tal necessitamos do seu consentimento para a realização das fotografias. Entretanto, o (a) senhor (a) tem livre escolha em aceitar ou não participar, sendo que sua decisão não lhe trará prejuízo algum. Destacamos que o estudo será sigiloso e não será permitido o acesso de qualquer pessoa que não seja da equipe multidisciplinar ao projeto. O senhor (a) não receberá qualquer benefício financeiro por sua participação no projeto. Sua identificação será preservada e este estudo não lhe trará prejuízos médicos, econômicos ou morais.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo o **USO DA IMAGEM DA LESÃO**.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento, suas implicações e objetivos de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance e os procedimentos necessários, sendo assim, decidimos conjuntamente, a enfermeira e eu, que as **FOTOGRAFIAS DAS LESÕES** são de grande valia para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **USO DE IMAGEM DAS LESÕES EM ACOMPANHAMENTO** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios e implicações, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ COREN: _____

Assinatura