

O (A) paciente _____ data nascimento ____/____/____,

ou seu responsável _____, declara,
para todos os fins legais, autoriza a captura e uso de imagens de lesões cutâneas e/ou escaras para fins
de prevenção, tratamento, manejo e registro no prontuário médico conforme as disposições abaixo:

1. As imagens de lesões cutâneas, como escaras, serão capturadas e armazenadas exclusivamente para fins clínicos e integradas ao prontuário do paciente.
2. O acesso será restrito aos profissionais diretamente envolvidos no atendimento.
3. O hospital compromete-se a cumprir rigorosamente a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) para garantir a segurança e confidencialidade das informações.

Segurança e Confidencialidade: O hospital compromete-se a armazenar as imagens em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e com o mesmo nível de segurança e sigilo aplicável a outras informações do prontuário.

Continuidade da Autorização para Captura de Imagens: A presente autorização concedida para captura e uso de imagens de escaras para prevenção, tratamento, manejo e documentação clínica permanecerá válida independentemente da formalização de termos específicos adicionais, salvo se expressamente revogada por escrito pelo paciente ou responsável.

Revogação de Consentimento: O paciente ou responsável poderá revogar o consentimento para novas capturas a qualquer momento, por escrito, sabendo que as imagens já registradas permanecerão no prontuário como histórico clínico até o final do período de retenção legal;

Duração do Armazenamento e Consentimento para Retenção de Imagens: As imagens capturadas para fins de prevenção, tratamento, manejo e documentação clínica serão armazenadas no prontuário médico do paciente de forma permanente, conforme exigido pela RDC nº 63/2011 da ANVISA para prontuários eletrônicos.

- i. O paciente ou responsável declara estar ciente de que o armazenamento permanente das imagens e demais dados do prontuário é necessário para garantir a continuidade do tratamento, proteger o histórico médico e cumprir exigências regulatórias específicas da área da saúde.
- ii. Mesmo em caso de revogação de consentimento para futuras capturas, as imagens já registradas poderão ser mantidas no prontuário, em atendimento à regulamentação vigente.

Isenção de Responsabilidade: O hospital se exime de responsabilidade sobre eventual vazamento de imagens, desde que tenha adotado todas as medidas de segurança exigidas.

Nota Explicativa: o uso de imagens no cuidado com lesões é importante para o acompanhamento e registro auxiliando na avaliação e tratamento, de forma que permite acompanhar a evolução das lesões ao longo do tempo para fomentar a tomada de decisões, bem como, comparação posterior após adoção de estratégias. Desta forma o uso de imagens auxilia o profissional no manejo das lesões e a tomar decisões assertivas para a otimizar a cicatrização.

Declaro que compreendi todas as informações, tenho ciência e concordo com a captura e uso de imagens para fins de tratamento e registro clínico, conforme descrito.

Deve ser preenchido pelo profissional

Expliquei as vantagens do uso de imagens para acompanhamento das lesões e demais tópicos contidos no documento. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome _____ Assinatura _____ COREN _____

Joinville (SC), ____ de ____ de ____ . Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

RG Nº

RG Nº

NOME

NOME

Joinville (SC), ____ de ____ de ____ . Hora: ____:____