

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, declara ter recebido informações claras, suficientes e acessíveis acerca da necessidade de monitoramento por câmera de vídeo durante o período de internação para realização de tratamento com iodo radioativo (Iodo-131), manifestando, de forma livre e esclarecida, sua ciência e consentimento nos termos deste documento.

DEFINIÇÃO

O monitoramento por câmera de vídeo durante a iodoterapia consiste no acompanhamento do(a) paciente, durante sua permanência em quarto terapêutico/especial, por meio de sistema interno de câmera de vídeo, permitindo que a equipe assistencial realize sua supervisão e acompanhamento à distância.

Essa medida é adotada em razão das características do tratamento com iodo radioativo, que exige medidas específicas de radioproteção e restrição de contato e permanência de outras pessoas no ambiente, buscando reduzir exposições desnecessárias à radiação ionizante, sem comprometer a assistência e a segurança do(a) paciente.

FINALIDADE DO MONITORAMENTO

Declaro estar ciente de que o monitoramento por câmera tem finalidade exclusivamente assistencial e de segurança, permitindo à equipe acompanhar minhas condições durante o período de permanência no quarto terapêutico/especial e prestar assistência quando necessário, ao mesmo tempo em que são observadas as medidas de radioproteção aplicáveis ao tratamento.

Fui informado(a), de forma clara e compreensível, de que:

- durante o período de internação para iodoterapia, permanecerei em quarto terapêutico/especial, sujeito às medidas de radioproteção estabelecidas pelo Serviço de Medicina Nuclear;
- o acompanhamento por câmera permite reduzir a necessidade de entrada e permanência de profissionais no quarto, evitando exposições desnecessárias à radiação;
- o monitoramento não substitui a assistência presencial quando esta for necessária;
- a equipe assistencial poderá ingressar no quarto sempre que minha condição clínica ou qualquer outra circunstância assim exigir;
- o monitoramento será realizado exclusivamente durante o período e nas condições necessárias à assistência relacionada à internação.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE

Estou ciente de que o monitoramento por câmera envolve o tratamento da minha imagem e deverá ocorrer de forma compatível com minha privacidade, dignidade e intimidade, sendo o acesso às imagens restrito aos profissionais autorizados e para as finalidades relacionadas à assistência e segurança durante a internação.

As informações e imagens eventualmente tratadas deverão observar as normas institucionais de segurança, sigilo e proteção de dados pessoais, bem como a legislação aplicável.

CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Declaro que recebi explicações acerca da necessidade e da finalidade do monitoramento por câmera durante minha permanência no quarto terapêutico/especial, compreendi as informações prestadas e tive oportunidade de realizar perguntas e esclarecer minhas dúvidas.

Declaro, ainda, estar ciente de que a utilização desse recurso decorre das medidas de segurança e radioproteção necessárias durante o tratamento com iodo radioativo e tem por objetivo permitir meu acompanhamento pela equipe assistencial, reduzindo, sempre que possível, a exposição desnecessária de outras pessoas à radiação.

Após receber e compreender as informações acima, CONSENTO com a realização do monitoramento por câmera de vídeo durante minha permanência no quarto terapêutico/especial para realização da iodoterapia, nos termos e para as finalidades descritas neste documento.

Ijuí (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Profissional Assistente

Nome: _____

Carimbo: _____