

INFORMAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome do procedimento: Telemonitorização em Insuficiência Cardíaca Crónica

Objetivo: Prevenir readmissões hospitalares e evitar o mais possível o agravamento da doença. Permite o controlo exaustivo e contínuo da saúde dos doentes crónicos, através da utilização das tecnologias da informação e das comunicações em situações em que o profissional de saúde e o doente não se encontrem no mesmo local.

Modo de realização: Consiste no uso de equipamentos com tecnologia sem fios, que permitem a recolha de dados clínicos do doente (por ex. Pressão arterial, ECG, peso corporal, etc.) e envio para uma central de telemonitorização em relação com o hospital. Estes equipamentos são colocados no domicílio do doente e é dada formação para assegurar a sua adequada utilização. As informações obtidas serão utilizadas apenas para a análise deste trabalho e para as alterações oportunas da terapêutica, de forma a melhorar a sua saúde.

Efeitos esperados e eventuais benefícios: Promove os cuidados de saúde ativos com a deteção precoce de eventual descompensação da doença e possibilidade de atuação rápida evitando episódios urgentes, reduzindo os internamentos hospitalares e possibilitando a alta precoce. Contribui ainda para uma gestão mais eficaz e eficiente das doenças crónicas. Para o médico esta tecnologia melhora a otimização dos recursos clínicos possibilitando a prevenção e o diagnóstico precoce e um maior controlo sobre a adesão do doente à terapêutica. Para o doente a telemonitorização melhora os resultados evitando as agudizações e hospitalizações, melhora a sua qualidade de vida, diminuindo as visitas hospitalares potenciando a educação para a saúde, a autonomia e o auto-cuidado.

Alternativas terapêuticas: Não aplicável.

Riscos/complicações: Não existem riscos associados à Telemonitorização. No entanto, durante a monitorização, podem ocorrer as complicações habituais e inerentes à patologia de base (insuficiência cardíaca). O facto de se vigiarem determinados parâmetros (por ex. ECG, pressão arterial, saturação de oxigénio) pode permitir o alerta e o controlo mais rápido das intercorrências ou agudizações da doença.

Outras informações: A gestão, comunicação e transferência de dados pessoais dos doentes que participam neste projeto está conforme a Lei de proteção de dados pessoais (Lei nº67/68) e encontra-se em conformidade com o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia 2016/679 de 27 de abril de 2016. Ao assinar este formulário está a dar o seu consentimento, ao Médico Especialista e à Empresa que suporta o CHLN neste projeto para registar e usar os seus dados pessoais neste âmbito. O seu Médico Especialista e a Empresa são responsáveis pelo manuseamento dos seus dados, de acordo com as correspondentes leis de proteção de dados. Tem direito de solicitar informação sobre os seus dados na posse do Médico Especialista e da Empresa. Se desejar fazer um pedido de informação, por favor contacte o Médico Especialista ou a respetiva Empresa que, se necessário o(a) ajudará nesta situação. Tem direito a retirar o seu consentimento ao projeto e à utilização de dados em qualquer altura, incluindo a remover todos os seus dados do sistema. Nestes casos, o Médico Especialista e a respetiva Empresa não utilizarão mais os seus dados ou partilhá-los-á com terceiros, contudo poderão utilizá-los no período anterior a ter retirado o seu consentimento caso não opte pela sua remoção

Sempre que houver lugar a uma consulta não presencial por parte do Médico Especialista do CHULN será cobrada a respetiva taxa moderadora prevista na Portaria nº 64-C/2016, de 31 de março, sempre que não possua isenção constante do Decreto-Lei nº 117/2014, de 5 de agosto.

IMP 010.01/17

DEPARTAMENTO DE
CORÇÃO E VASOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

Página 1 de 3



Antes da realização do exame/procedimento aqui referido e que lhe foi explicado, ser-lhe-á pedido o seu consentimento escrito para o mesmo, sendo necessário para tal a sua assinatura num documento idêntico a este mas que lhe será dado pela equipa que o irá realizar. Se não puder ou não souber assinar, o consentimento (assinatura) será dado pelo seu representante legal ou membro da família que o represente autorizando o exame/procedimento.

O consentimento será feito em duplicado, ficando um no seu processo clínico (no hospital onde será feito o exame/procedimento) e o outro ser-lhe-á entregue, ficando na sua posse (ou com o seu familiar).
