

Curso de Especialização - Medicina de Família e Comunidade

Consentimento informado para participação de discussão de consulta vídeo gravada para fins de aprendizado de habilidades de comunicação clínica.

Eu, _____

Declaro que participarei das sessões de Discussão de Consulta Vídeo-gravada e estou ciente que:

1. Informações sigilosas sobre o profissional de saúde e seu paciente serão discutidas nestes encontros.
2. Devo tratar as informações do paciente com respeito e cordialidade.
3. Devo tratar as opiniões de meus colegas e tutor(a) com respeito e cordialidade.
4. Ao participar desta atividade, me comprometo a nunca, sob hipótese alguma, compartilhar qualquer informação aqui discutida nesta atividade com pessoas que não pertençam a este grupo.
5. Ao participar desta atividade, me comprometo a nunca fazer nenhum tipo de registro de áudio, imagem ou vídeo desta atividade.
6. Se caso descumpra com alguma das declarações feitas nos itens 4 e 5, estarei infringindo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018) e a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desta forma, declaro que participarei desta atividade e me comprometo em cumprir com os seis itens acima.

(nome do Profissional Estudante)

_____, _____ de _____ de 20_____.
(local)