

REQUERIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO DE SAÚDE

1. REQUERENTE (a preencher caso não seja o titular da informação de saúde)

Nome: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ BI/CC n.º _____ Validade: ___/___/20___
 Contacto: _____ E-mail: _____
 Morada: _____ Código Postal: _____ - _____
 Localidade: _____, ao abrigo do disposto na Lei n.º 26/2016 de 22 de Agosto,
 na qualidade de ^(a)representante / outro ^(b): _____

2. UTENTE (titular da informação de saúde)

Nome: _____ Proc. Clínico N.º _____
 Data de nascimento: ___/___/___ BI/CC n.º _____ Validade: ___/___/20___
 Contacto: _____ E-mail: _____
 Morada: _____ Código Postal: _____ - _____
 Localidade: _____, ao abrigo do disposto na Lei n.º 26/2016 de 22 de Agosto,
 consinto que ^(c) _____,
 portador(a) do BI/CC n.º _____ aceda à informação de saúde solicitada.

3. MOTIVO (Caso seja o titular da informação de saúde não necessita de especificar o motivo)

Junta Médica Encaminhamento p/Unidade Hospitalar Exame no exterior Outros
 Especifique ^(d): _____

4. INFORMAÇÃO REQUERIDA

DATA LIMITE DE RESPOSTA AO ARQUIVO: ___/___/20___ (a preencher pelos serviços)

MODALIDADES DE ACESSO ^(e)	X	EXAMES, ESPECIALIDADES, MÉDICOS, DATAS ^(f)
Certidão / Declaração / Relatório Clínico ^(a)		
Cópia de Registos Clínicos		
Cópia de exames		
Cedência de Exames (poderão ser a título devolutivo)		
Certificado de Óbito		
Preenchimento de Impressos ^(g) (em anexo)		
Consulta do Processo Clínico ^(h) (indique médico que acompanha)		
Outros (especifique):		

5. FORMA DE ENTREGA ⁽ⁱ⁾: Via Postal Correio Eletrónico Presencial

O REQUERENTE: _____ Data: ___/___/20___
 (assinatura conforme BI/CC)

6. RECEÇÃO DO REQUERIMENTO (a preencher pelos serviços)

Confirmei a identidade do titular da informação e do terceiro, mediante verificação do BI/CC, Outros: _____
 Confirmei assinatura a rogo e na presença do titular da informação de saúde por não saber/poder assinar
 Outros (documentos anexados caso existam): _____
 Conferido por: _____ N.º Mec.: _____ Data: ___/___/20___

7. ENTREGA ^(j)

Data de Entrega: ___/___/20___

Recebi: _____ (assinatura conforme BI/CC)

INFORMAÇÃO LEGAL

Os dados pessoais fornecidos serão objeto de tratamento pelo HDS,EPE para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins. O HDS compromete-se a proteger os seus dados e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

De acordo com o artigo 15º da lei 26/2016 de 22/08, o Hospital dispõe de um período máximo de 10 dias para lhe facultar a informação solicitada. No entanto, em casos excepcionais, devido ao volume de requerimentos ou à complexidade da informação solicitada, o prazo referido pode ser prorrogado até ao máximo de 2 meses.

O envio da sua identificação é feito no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento ao enviar cópia do referido documento. Concluído o processo, será eliminada a cópia do documento de identificação pessoal. Esta situação ocorre no envio por via postal e/ou correio eletrónico.

Caso não pretenda enviar cópia do seu documento de identificação, terá obrigatoriamente de se dirigir ao Serviço Central de Doentes do Hospital para entrega do seu requerimento e validação presencial do mesmo.

Notas explicativas:

- (a) Riscar o que não interessa.
- (b) Representante ou outro com legitimidade para aceder a documentos nominativos.
- (c) Caso deseje que um terceiro levante e/ou receba a informação de saúde pelo utente. Na intenção de intermediação médica deve utilizar este campo para esse fim.
- (d) Caso seja o titular da informação de saúde não necessita especificar o motivo.
- (e) Seleção Obrigatória.
- (f) Preenchimento obrigatório.
- (g) De acordo com o Dec. Lei n.º 503/1999, de 20 de Novembro, deve indicar qual o documento que anexa e o motivo. (exemplo: avaliação de Incapacidade, fins de reforma).
- (h) Na consulta do processo clínico, o agendamento será efetuado pelos nossos serviços para o contacto telefónico indicado.
- (i) Aconselha-se a receção da informação clínica via postal ou correio eletrónico preferencialmente.
- (j) Assinatura de quem recebe, caso seja presencialmente no Hospital.