|  |
| --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO / AUTORIZAÇÃO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DE** **PRONTUÁRIOS MÉDICOS PARA PROJETO DE PESQUISA** |
| **Ilmo. Senhor Diretor Clínico do Hospital Escola Álvaro Alvim: Dr. Ernesto Carlos Pessanha** |
| **Venho por meio deste, solicitar autorização para levantamento de dados de prontuários médicos relacionados abaixo com o objetivo de realizar o projeto de pesquisa intitulado:** |
| **IES/ Graduação:** |
| **Orientador (a**): |
| **Pesquisador(a)**: |
| **Pesquisador(a)**: |
| **Pesquisador(a)**: |
| **Pesquisador(a)**: |
| **Pesquisador(a)**: |
| **Email do Pesquisador:** |
| **Anexar: Resumo do Projeto com Título; Orientador; Membros; Objetivo Geral; Objetivo Específico; Metodologia; Cronograma.** |
| **OBS: Caso haja publicação ou apresentação em congresso, retornar com cópia para o Centro de Estudos do HEAA.** |
| **Setor para acesso de informações:** |
| **SAME ( ) OUTRO ( ) Setor:** |
| **CONSENTIMENTO: Na função de Diretor Clínico e após análise da solicitação feita pelo pesquisador, autorizo acesso aos dados de prontuários e informações nos setores mencionados acima, nas seguintes condições:**1. **Fica vedado ao acadêmico pesquisador o acesso ao prontuário eletrônico para pesquisa;**
2. **Fica sob responsabilidade do “Orientador” o acesso ao prontuário eletrônico para pesquisa;**
3. **Não retirar nenhum documento inserido no prontuário;**
4. **Não retirar os prontuários para ambiente fora do Serviço de Arquivo Médico (SAME);**
5. **Não fotografar o prontuário;**
6. **Não tirar cópia do prontuário;**
7. **Solicitar via memorando ao Centro de Estudos, informações de “outro” setor mencionado acima neste TERMO, para que seja autorizado pela Direção Clínica;**
 |
| **Assinatura e carimbo do Orientador** | **Assinatura do pesquisador** |
| **Campos dos Goytacazes,\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024 .**  |
| **Dr. Ernesto Carlos Pessanha****Diretor Clínico do HEAA** |
| RECEBIDO EM: \_\_\_\_/ /\_\_\_\_\_\_\_Centro de Estudos do HEAA |