

CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome (do representante legal): _____

Nº do cartão de cidadão/outro documento identificativo: _____

Validade: ___/___/___; Contato telefónico _____

E-mail _____

Na qualidade de representante legal de,

Nome do(a) aluno(a): _____

Data de nascimento: ___/___/___

Número do cartão de cidadão/outro documento identificativo: _____

Validade: ___/___/___

Nº do cartão de Utente do SNS: _____

COMPREENDO que

- (i) O menor será submetido ao Teste Rápido de Antígeno (TRAg) que servirá para detetar qualitativamente proteínas específicas do SARS-CoV-2.
- (ii) O folheto iSaúde – Testes COVID-19 informa sobre o tipo de teste e método de recolha da amostra biológica, os objetivos do teste, bem assim os comportamentos a adotar no caso de resultado positivo. Sem prejuízo, posso solicitar ao Farmacêutico, todas as informações adicionais de que necessite, a qualquer momento, e sei que só deverei tomar a minha decisão que aqui expresso se estiver totalmente esclarecido e capaz de decidir de forma livre e consciente.
- (iii) No caso da necessidade de repetição dos procedimentos, serei contactado pela Farmácia, para repetição do TRAg.
- (iv) O resultado do TRAg realizado ao meu representado, ser-me-á comunicado, pela Farmácia, por registo escrito ou SMS ou e-mail, e, no prazo máximo de 12 horas, às Autoridades de Saúde, nomeadamente ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), ao Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (INSA) e ao médico prescriptor.
- (v) Poderei revogar a qualquer momento, até ao início do procedimento, o presente consentimento.

E CONSENTO na realização do Teste Rápido de Antígeno ao meu representado.

Assinatura do representante legal do(a) menor,

Data ___/___/___

INFORMAÇÃO RELATIVA AO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Conforme os artigos 5(1)(a), 12 e 13, do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril)

| | |
|---|--|
| Responsável pelo tratamento | A Farmácia |
| Finalidades do Tratamento | TRAg que servirá para detetar qualitativamente proteínas específicas do SARS-CoV-2 |
| Fundamento Jurídico | Execução de um contrato de prestação de serviços de saúde no âmbito do diagnóstico médico no qual o Utente do SNS é parte; Tratamento necessário para diagnóstico médico por força de um contrato de um contrato com um profissional de saúde; Necessidade do tratamento por motivos de interesse público. |
| Destinatários dos dados | DGS (SINAVE) e INSA |
| Período de conservação | Prestação do serviço: 48 horas após a realização do teste; Comunicação e consulta dos resultados pelo Utente: até 48 horas após a disponibilização do resultado; Comunicação ao SINAVE: até 12 horas após o resultado ser obtido. |
| Direitos | Acesso, retificação, apagamento, limitação, oposição e portabilidade e apresentar reclamação junto à autoridade de controlo |
| Forma de exercício | Contactar a Farmácia |
| Autoridade de controlo | CNPD |
| A comunicação dos dados do menor constitui uma obrigação? | Sim, de acordo com o quadro normativo da vigilância do COVID-19 |
| Mais informações | Junto à Farmácia |

Assinatura do representante legal do(a) menor,

Data ___/___/___



Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) para SARS-CoV-2 de Uso Profissional Farmácia de oficina (Deve ser impresso em modelo A5)

Utente:

Nome: _____

N.º de Utente (NNU): _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Farmácia:

Código da farmácia: _____

Identificação do Teste Rápido de Antígeno (TRAg):

Número de Notificação Laboratorial no SINAVElab: _____

Declaração do Utente:

Declaro sob compromisso de honra que **não realizei**, no corrente mês, mais de 4 (quatro) Testes de Rápidos de Antígeno (TRAg) participados pelo SNS

___/___/___
(Data)

(Assinatura do utente)