

USF ALPHA		Tipo de Documento		Impresso	
 Unidade Saúde Familiar USF Alpha Válega e o V. Pente	Nome	Pedido de Segunda Opinião Clínica			PA12V1
	Palavras-chave	Opinião clínica; acesso à saúde; direitos e deveres do cidadão, Standard S 01.10			
	Área	Processos Assistenciais	Subárea	Centralidade no Cidadão	
	Versão	Versão1			Ano de elaboração

(a ser preenchido pelo Serviço)

N.º Processo: _____

Receção ____/____/____

USF ALPHA

Ex.mo Sr.

Dr/Enf.(a) _____

Nome: _____

Utente n.º _____, vem requerer a V. Exa. se digne a: (preencha com uma cruz (x) o pretendido)

☐ Concedida a hipótese de ter uma segunda opinião sobre o meu estado de saúde na USF ALPHA, em consulta com o(a) profissional _____.

☐ Passar Relatório sobre o meu estado de saúde para pedido de segunda opinião em profissional externo à USF ALPHA.

Mais declaro que tomei conhecimento que a informação clínica solicitada e acima mencionada apenas pode ser utilizada para os fins declarados neste pedido, de acordo com o n.º 2 do art.º 8 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto.

Fui também informado que serei contactado num prazo de 3 dias uteis da consulta de avaliação.

Pede deferimento,

____/____/____

Assinatura: _____

Conferido pelo Sec. Clínico: _____

USF ALPHA	Tipo de Documento		Impresso	
 Unidade Saúde Familiar U.S. Vila Verde	Nome	Pedido de Segunda Opinião Clínica		
	Palavras-chave	Opinião clínica; acesso à saúde; direitos e deveres do cidadão, Standard S 01.10		
	Área	Processos Assistenciais	Subárea	Centralidade no Cidadão
	Versão	Versão1		Ano de elaboração

Se pedido efetuado foi para Segunda Opinião dentro da USF ALPHA (A preencher pelos serviços):

Profissional de Família proposto pelo Utente: NÃO ☐ SIM ☐ Dr/Enf. _____

Tomei conhecimento e agendo consulta para o dia ____/____/____ às _____H

Ass. do Profissional _____

Em ____/____/____ o utente foi contactado pelo Secretário Clínico _____, pelo telefone/carta/correio eletrónico (riscar o que não interessa) e informado que teria consulta programada para o profissional de saúde _____, no dia ____/____/____ às ____:____ Horas.

Se pedido efetuado foi para emissão de Relatório do estado de saúde do utente:

Nos termos do n.º 5 do art.º 6 da Lei 46/2007 de 24 de Agosto – “ (...) 5 – Um terceiro só tem direito de acesso a documentos nominativos se estiver munido de autorização escrita da pessoa a que os dados digam respeito ou demonstrar um interesse direto, pessoal e legítimo suficiente relevante segundo o princípio da proporcionalidade.(...)” **pelo que junta a autorização e as cópias dos documentos de identificação do utente/requerente e da pessoa autorizada.**

A ser preenchido no ato de entrega:

Recebi em ____/____/____ a informação de saúde solicitada.

O requerente ou pessoa autorizada _____

B.I/CC n.º _____ Assinatura _____

Conferido e entregue pelo Secretário Clínico: _____