|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**  **Autorização de Filmagem**  Eu, abaixo assinado, médico(a)-residente do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, autorizo que os atendimentos que presto aos pacientes na modalidade de Psicoterapia em nível ambulatorial sejam filmados e assistidos em tempo real pelos supervisores desta disciplina, durante minha formação profissional (residência médica).  Os supervisores do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HCPA explicaram que todas as consultas serão filmadas e ao mesmo tempo reproduzidas em um computador instalado em uma sala ao lado do consultório. Nesta sala, um dos meus supervisores (psiquiatra orientador) acompanhará todo o atendimento/tratamento. Esta filmagem não será gravada e, portanto, ao terminar o atendimento ao paciente não haverá qualquer registro da filmagem. Os supervisores explicaram-me que observarão sempre a privacidade e a confidencialidade das informações geradas nas consultas. Por fim, foi esclarecido que este procedimento é parte importante da metodologia de ensino e essencial para meu aprendizado pessoal.  Declaro estar ciente das informações acima e concordo em participar desta forma de atendimento.  Data:      /     /  Nome (em letra de forma) do(a) Médico(a)-Residente:  Inscrição do Conselho Regional de Medicina:  Assinatura do(a) Médico(a)-Residente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do(a) Psiquiatra Supervisor(a):  Assinatura do(a) Psiquiatra Supervisor(a): | |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Psiquiatria da  Infância e da Adolescência**  **AUTORIZAÇÃO DE FILMAGEM** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-553FE – gráfica hcpa – mai23**