

CUIDADOS DE ABORTO INFORMADOS SOBRE TRAUMA: **Formulário de Consentimento Confidencial para Divulgação de Informação e Referência**

Este formulário deve ser descrito à utente (ou ao tutor com a aprovação da utente) na sua língua principal. As secções A-C contêm informações gerais provavelmente fornecidas durante a sua consulta. As secções D-F devem ser lidas e explicadas na íntegra e discutidas com a utente para garantir que esta concorda em prosseguir e que você seja capaz de garantir a confidencialidade e segurança. Deve ser claramente explicado à utente que esta pode escolher qualquer uma ou nenhuma das opções listadas e que pode mudar de opinião em qualquer ponto do processo.

Rotina Urgente Data de Referência (Dia/Mês/Ano):

A. Sua agência/unidade de referência	
Agência/Organização:	Contacto:
Telefone:	E-mail:
Localização:	

B. Informação da Utente	
Nome:	Telefone (se disponível):*
Idade:	Endereço/Localização (se disponível):*
Género Identificado:	
Língua:	
Notas:**	

* Se a utente não se sentir à vontade para partilhar estas informações, não é necessário concluir a referência. Tenha discrição ao fazer perguntas e use recursos de aconselhamento para falar com utentes afectadas por trauma.

** Utilize este espaço para incluir quaisquer informações adicionais necessárias e/ou úteis para a agência de recepção, tais como as capacidades da utente que possam afectar a sua capacidade de aceder ou receber serviços (por exemplo, deficiências cognitivas, deficiências físicas, etc.)

C. Informações Gerais/ Motivo da Referência	
A utente foi informada sobre a referência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* (se não, explique abaixo)	A utente foi referenciada a outra organização? <input type="checkbox"/> Sim* (se sim, explique abaixo) <input type="checkbox"/> Não
Antecedentes, serviços prestados e motivo para a referência. Por favor, certifique-se de que a utente está confortável em compartilhar e ter isso por escrito.	

* Utilize este espaço se a utente não consentiu com a referência por estar inconsciente e necessitar de serviços de emergência para salvar vidas.

D. Consentimento para Divulgação de Informação & Referência (Por favor leia com a utente e responda a quaisquer perguntas antes de assinar abaixo)
<p>Eu, _____ (nome da utente), compreendo que o objectivo da referência e da partilha desta informação com _____ (agência de recepção) é garantir a minha segurança e garantir que eu receba os serviços de que necessito. O provedor de serviços, _____ (agência de referência), explicou-me claramente o procedimento de referência e listou a informação exacta que deve ser compartilhada. Ao assinar este formulário, autorizo esta referência e a troca de informações.</p> <p>Compreendo que a informação compartilhada será tratada com confidencialidade e respeito e compartilhada apenas na medida do necessário para prestar a assistência que solicito.</p> <p>Compreendo que a divulgação desta informação significa que uma pessoa da agência ou serviço assinalado abaixo pode vir falar comigo. Em qualquer altura, tenho o direito de mudar de opinião sobre a partilha de informação com a agência/ponto focal designado abaixo indicado.</p>
Assinatura da Utente:
Data (Dia/Mês/Ano):
Se previsto na legislação local,* assinatura do Tutor:
Data (Dia/Mês/Ano):

* Os provedores e agências de referência devem documentar o consentimento em toda a extensão da legislação local. Se não existir uma política relativa ao consentimento, as normas internacionais para documentar o consentimento devem ser respeitadas. [Nota: As Normas Internacionais não requerem o consentimento de um adulto para receber serviços.]

E. Serviços Solicitados*		
Serviços Gerais de Saúde	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Serviços SSR	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Serviços VBG	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Serviços MHPSS	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Serviços Alimentares & Meios de Subsistência	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Serviços de Assistência Jurídica	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Casas / Abrigos Seguros	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	

Serviços de Protecção	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Outros...	Unidade/Agência de Recepção	
	Agência/Organização:	Contacto (se for conhecido):
	Telefone:	E-mail:
	Localização:	
Por favor, explique quaisquer outros serviços solicitados:		

* Algumas referências podem ter serviços sobrepostos e/ou podem não estar disponíveis em todos os contextos. Marque todas as quadriculas relevantes.

F. Detalhes da Referência
A utente consente em acompanhar as comunicações após a sua visita de referência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, que meio de comunicação a utente prefere? (explique abaixo)
Referência entregue à utente através de: <input type="checkbox"/> Telefone (apenas para emergências) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Electronicamente (por exemplo, aplicação ou base de dados) <input type="checkbox"/> Pessoalmente
Comunicações de acompanhamento esperadas entre as agências de referência através de: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Pessoalmente Por data (Dia/Mês/Ano):

Nome e Assinatura do Destinatário: _____ Data de Recepção (Dia/Mês/Ano): _____