



PARTE C

SAÚDE

Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Despacho n.º 9323-A/2018

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabeleceu como medidas prioritárias melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), obtendo mais e melhores resultados a partir dos recursos disponíveis e melhorando a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos cidadãos.

O programa do XXI Governo Constitucional estabelece ainda como prioridade a redução das desigualdades no acesso à prestação de cuidados de saúde em Portugal, assim como a alteração do paradigma da oferta desses cuidados no SNS, reorganizando o sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e das suas expectativas, promovendo a acessibilidade, a celeridade, a equidade, a proximidade e a humanização dos serviços, sem perder de vista a qualidade, a viabilidade e a sustentabilidade deste serviço público.

Estes objetivos e prioridades estratégicas passam pela modernização do SNS, de forma a promover a melhoria da articulação e da integração de cuidados, e a colocar as pessoas e os seus percursos de vida no centro das prioridades das Políticas Públicas de Saúde.

Esta modernização do SNS tem vindo a ser impulsionada pelo movimento de construção de um “SNS + Proximidade”, mais moderno, mais próximo, mais centrado nas pessoas, mais qualificado e com maior capacidade de resolução das situações de doença ao longo da vida.

Um dos objetivos deste processo de modernização do SNS passa por estimular o “cuidar em casa”, numa perspetiva multidisciplinar e de continuidade, incluindo não só os cuidados de saúde, como também o apoio aos cuidados pessoais e a articulação com as respostas da comunidade.

O cuidar em casa deslocaliza a prestação dos cuidados das instituições para o domicílio, conduzindo assim a uma redefinição dos processos de cuidados e a uma estreita colaboração entre os vários intervenientes, desde os cuidados de saúde primários, aos hospitais e à rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), designadamente através das unidades de saúde familiar (USF), das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), das unidades de cuidados na comunidade (UCC), da hospitalização domiciliária, das equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) da RNCCI, das respostas de serviço social e de outros agentes da comunidade.

A hospitalização domiciliária, enquanto modelo de prestação de cuidados em casa, afigura-se como uma alternativa ao internamento convencional, proporcionando assistência contínua e coordenada aos cidadãos que, requerendo admissão hospitalar para internamento, cumpram um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitem a sua hospitalização no domicílio, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde que constituam uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, com a concordância do cidadão e da família.

Este modelo distingue-se das respostas de saúde e de apoio social no domicílio já implementadas no SNS, na medida em que incide sobre a fase aguda da doença e/ou de agudização da doença crónica.

Apesar de se tratar de uma prática recente em Portugal, já desenvolvida, por exemplo, no Hospital Garcia de Orta, E. P. E. em Almada, a experiência internacional tem demonstrado várias vantagens da hospitalização domiciliária, designadamente a redução do risco de complicações, nomeadamente quedas, úlceras de pressão, desorientação ou confusão, a diminuição dos reinternamentos hospitalares e a redução da taxa de infeção hospitalar.

A hospitalização domiciliária tem ainda o potencial de contribuir para melhorar o acesso aos cuidados de saúde hospitalares e para uma melhor gestão das camas disponíveis para o tratamento de doentes agudos no SNS.

O cuidar em casa, incluindo a hospitalização domiciliária, favorece ainda uma maior humanização dos cuidados e estimula a participação ativa das famílias e de outros cuidadores, capacitando-os através do ensino personalizado em função das necessidades e dos recursos individuais, no contexto de vida de cada pessoa.

A importância da hospitalização domiciliária tem vindo a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde e o seu desenvolvimento apoiado, quer seja

através da introdução de modalidades de pagamento e de contratualização que incentivem o desenvolvimento destas respostas, quer seja através da alocação de incentivos financeiros por via do programa de incentivos à integração de cuidados e à valorização do percurso do utente no SNS para o biénio 2017/2018, que permitiu financiar diversos projetos de hospitalização domiciliária no país.

Assim, ao abrigo do disposto nos artigos 4.º, 5.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, determino o seguinte:

1 — Todas as entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que tiveram financiamento para constituição de Unidades de Hospitalização Domiciliária, no âmbito do programa de incentivos à integração de cuidados e à valorização do percurso do utente no SNS, devem assegurar que a respetiva atividade assistencial se inicia até 31 de março de 2019.

2 — As Administrações Regionais de Saúde (ARS) devem apresentar a este Gabinete, até 31 de dezembro de 2018, um plano de alargamento das Unidades de Hospitalização Domiciliária nas restantes entidades hospitalares do SNS, a executar até 30 de junho de 2019.

3 — As Unidades de Hospitalização Domiciliária do SNS devem seguir o modelo de regulamento anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante, sem prejuízo das necessárias adaptações às realidades locais, assegurando assim a harmonização das práticas e dos modelos de prestação de cuidados nas entidades hospitalares do SNS.

4 — As Unidades de Hospitalização Domiciliária do SNS podem constituir-se como Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), nos termos da legislação aplicável, observando, no que esta for omissa, o disposto no regulamento referido no número anterior.

5 — A DGS deve publicar, até 30 de novembro de 2018 uma Norma de Orientação Clínica (NOC) que defina, de acordo com a literatura internacional, a lista de patologias tipicamente elegíveis e os critérios gerais de inclusão e exclusão para este tipo de internamento domiciliário, sem prejuízo da adaptação à realidade concreta de cada instituição e às necessidades locais da população.

6 — A presente estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no SNS será acompanhada pelo meu Gabinete, nos termos previstos no Despacho n.º 8807/2018, de 7 de setembro de 2018.

O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

27 de setembro de 2018. — A Secretária de Estado da Saúde, *Rosa Augusta Valente de Matos Zorrinho*.

ANEXO

(a que se refere o n.º 3 do Despacho n.º 9323-A/2018)

Modelo de Deliberação de criação e de Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária

Deliberação n.º NN/CA/AAAA

1 — O conselho de administração do(a)...., delibera, ao abrigo do n.º... do Despacho n.º.../2018, publicado no *Diário da República* n.º... , 2.ª série, de... de... de..., criar a Unidade de Hospitalização Domiciliária do(a).... [ou, se aplicável, criar o Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), nos termos previstos no artigo 23.º, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro].

2 — A Unidade prevista (ou, se aplicável, o CRI previsto) no número anterior rege-se pelos princípios e regras de organização e funcionamento, bem como pelos critérios de acesso e de integração dos doentes, previstos no seu Regulamento, que constitui o anexo à presente deliberação e dela faz parte integrante (ou, se aplicável, rege-se pelos princípios e regras de organização e funcionamento estabelecidos para os CRI e, no que estes forem omissos, pelos princípios e regras de organização e funcionamento, bem como pelos critérios de acesso e de integração dos doentes, previstos no Regulamento, que constitui o anexo à presente deliberação e dela faz parte integrante).

Local e data,
O Conselho de Administração do(a)...

ANEXO

(a que se refere o n.º 2 da Deliberação n.º NN/CA/AAAA, de... de...)

Regulamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária

Artigo 1.º

Objeto e âmbito

1 — O presente regulamento define a organização e funcionamento da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Hospital/Centro Hospitalar/ULS _____, bem como assegura os critérios de acesso e de integração dos doentes nesta resposta do Hospital/Centro Hospitalar/ULS.

2 — A transferência de doentes para a UHD está aberta a todos os doentes inscritos no ACES de _____, com residência nestes concelhos, dependendo a sua aferição do número de vagas e do cumprimento de critérios clínicos e sociais definidos em Norma de Orientação Clínica (NOC) pela Direção-Geral da Saúde (DGS), sem prejuízo da adaptação à realidade concreta de cada instituição e às necessidades de saúde da população servida.

3 — Em situações excecionais, a UHD pode receber doentes que residam fora dos concelhos referidos no número anterior, desde que os seus familiares e/ou cuidadores assegurem a proximidade e a continuidade dos cuidados.

4 — O presente regulamento aprova o modelo de declaração de consentimento informado a subscrever pelos doentes a integrar na UHD.

Artigo 2.º

Conceitos

Para efeitos do presente regulamento entende-se por:

a) «Unidade de Hospitalização Domiciliária» (UHD), a unidade específica de tratamento de doentes que voluntariamente aderiram à hospitalização domiciliária, nos termos e condições do presente Regulamento;

b) «Cuidados de hospitalização domiciliária», os cuidados ativos, coordenados pela UHD, e prestados por unidades e equipas específicas, no domicílio, a doentes referenciados para o efeito, livre e conscientemente, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida;

c) «Continuidade dos cuidados», a sequencialidade dos cuidados, no tempo e nos serviços;

d) «Familiar/es», a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o doente;

e) «Cuidador/es», a pessoa ou pessoas designadas pelo doente, ou seu representante legal, que, sendo familiar direto ou não, assegura a articulação entre o doente e a UHD;

f) «Multidisciplinaridade», a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais;

g) «Interdisciplinaridade», a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

h) «Domicílio», a residência onde habitualmente reside a pessoa que necessita de cuidados prestados pela UHD;

i) «Consentimento informado», a autorização livre e esclarecida prestada pelo doente, antes da integração na UHD, bem como antes da submissão a determinado ato em saúde, ou a qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, pressupondo uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, à razão e ao resultado esperado da intervenção consentida, bem como à respetiva responsabilidade.

Artigo 3.º

Princípios

Os cuidados prestados pela UHD regem-se pelos seguintes princípios:

a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa;

b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;

c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados aos doentes que voluntariamente aderiram a este tipo de cuidados;

d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;

e) Conhecimento diferenciado da patologia e dos demais sintomas;

f) Consideração pelas necessidades individuais dos doentes;

g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;

h) Manutenção dos cuidados ao longo da doença;

i) Garantia da continuidade de cuidados entre os cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários, cuidados continuados, incluindo cuidados da comunidade.

Artigo 4.º

Direitos dos doentes

1 — Os doentes integrados na UHD têm direito a:

a) Receber cuidados no âmbito da UHD adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa;

b) Fazer-se acompanhar, por familiar e/ou cuidador, nos termos da lei;

c) Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade;

d) Participar nas decisões sobre os cuidados que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;

e) Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais;

f) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento e/ou domiciliação;

g) Continuidade dos cuidados e articulação entre prestadores.

2 — Os doentes juridicamente incapazes ou inabilitados não podem tomar, sozinhos, decisões relativas aos cuidados na UHD, sem prejuízo de, podendo expressar a sua vontade, esta poder ser considerada pela equipa.

Artigo 5.º

Direitos da família e/ou cuidador

A família e/ou cuidadores e/ou representantes legais dos doentes têm direito a:

a) Participar na escolha e decisão do acesso à UHD;

b) Receber informação sobre o estado clínico do doente se for essa a vontade do mesmo;

c) Participar nas decisões sobre os cuidados de saúde a prestar pela UHD;

d) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de funcionamento da UHD.

Artigo 6.º

Deveres

1 — O doente, ou o seu representante legal, familiar e/ou cuidador tem o dever de:

a) Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de diagnóstico correto e tratamento adequado;

b) Respeitar os direitos dos outros doentes;

c) Colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são dadas e livremente aceites;

d) Respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde com vista à garantia do bem comum;

e) Utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários.

2 — Os familiares e/ou cuidadores têm o dever de colaborar com a UHD, tendo em conta o melhor interesse do doente e a eficiência dos cuidados prestados.

Artigo 7.º

Competências da UHD

São competências da UHD, no seu âmbito de referência:

a) Proceder à inclusão, admissão ou readmissão dos doentes no âmbito da UHD, bem como à sua exclusão;

b) Definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados;

c) Articular-se com as demais áreas e serviços assistenciais do Hospital/Centro Hospitalar/ULS na execução do plano de cuidados referido no alínea anterior;

d) Articular com os outros prestadores de cuidados na sua área de influência, garantindo a continuidade dos cuidados.

Artigo 8.º

Modelo de prestação de cuidados

1 — O modelo de prestação de cuidados adotado pela UHD assenta na prestação de cuidados no domicílio, durante a fase aguda da doença,

na sequência de um episódio de internamento hospitalar nos serviços médicos ou cirúrgicos, da admissão através do serviço de urgência, do hospital de dia ou de consulta externa, podendo ainda existir referência direta a partir dos cuidados de saúde primários ou do cuidados continuados integrados.

2 — Para efeitos da aplicação do modelo referido no número anterior, a lotação mínima da UHD é fixada em 15 camas, salvo as devidas exceções, devidamente justificadas em função do perfil assistencial e da dimensão do(a) Hospital/Centro Hospitalar/ULS, e aprovadas pelo conselho de administração da instituição.

Artigo 9.º

Referenciação de doentes

1 — A UHD dá resposta a todos os serviços do(a) Hospital/Centro Hospitalar/ULS com exceção das situações dos doentes que, em função da lei e da *legis artis*, não sejam compatíveis com a referenciação.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, os serviços têm de conhecer os critérios de referenciação, efetuando um pedido através dos sistemas de informação em uso no hospital.

3 — Após a emissão do pedido, a equipa de UHD visita o doente em causa, devendo estar presente o médico assistente que propôs a transferência para o domicílio, para discussão clínica, objetivos e plano terapêutico.

4 — A referenciação de e para outros níveis de cuidados, nomeadamente cuidados de saúde primários, cuidados continuados ou comunidade, deve observar as normas em vigor.

Artigo 10.º

Plano de comunicação

É da responsabilidade do(a) Hospital/Centro Hospitalar/ULS desenhar um plano de comunicação interno e externo que permita criar e implementar uma estratégia de divulgação que integre a atividade da UHD na organização atual do Hospital, dando-a também a conhecer, designadamente quanto aos critérios de referenciação, aos outros níveis da prestação de cuidados de saúde e a outras estruturas da Sociedade, assim como à população em geral.

Artigo 11.º

Admissão e transferência para a UHD

1 — Compete à UHD detalhar os critérios específicos de admissão de doentes na UHD, com base na NOC definida pela DGS, ouvidas as Ordens Profissionais.

2 — Sempre que se justificar, a UHD deve realizar uma avaliação prévia do domicílio onde serão prestados os cuidados de saúde, no sentido de aferir se o mesmo reúne as condições adequadas para garantir a viabilidade e a qualidade desses cuidados de saúde.

Artigo 12.º

Consentimento informado

O doente, assim como o seu familiar ou cuidador, têm de dar o seu consentimento livre e esclarecido quanto à integração na UHD e à execução do plano terapêutico com recurso ao internamento domiciliário, nos termos do documento que consta do Anexo a este Regulamento.

Artigo 13.º

Visitas e seguimento na UHD

1 — O número e o tipo de visitas clínicas a efetuar pelos elementos da UHD ao domicílio dos doentes são definidos em reunião clínica diária da equipa da UHD, considerando as necessidades concretas de cada doente.

2 — As visitas podem ser do tipo singular ou do tipo multidisciplinar e/ou interdisciplinar.

Artigo 14.º

Articulação com as respostas hospitalares

1 — A articulação com as restantes respostas hospitalares, nomeadamente consultoria e/ou consultas de especialidade, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), internamento convencional, equipa de gestão de altas, ou equipas intra-hospitalares de suporte em

cuidados paliativos, é assegurada através de mecanismos de articulação predefinidos na instituição, no sentido de maximizar a eficiência na utilização de recursos e garantir os cuidados mais adequados em cada momento.

2 — Em nenhuma circunstância poderá o doente ser prejudicado pelo facto de se encontrar internado no domicílio, pelo que o acesso às outras especialidades é igualmente garantido numa perspetiva de interdependência e complementaridade.

3 — De igual modo, em caso de necessidade de internamento convencional, os doentes que se encontrem em hospitalização domiciliária podem ser admitidos no hospital, tratando-se de uma transferência de serviço.

Artigo 15.º

Articulação com as respostas extra-hospitalares

1 — A UHD privilegia uma estreita colaboração com os outros níveis de cuidados e respostas da comunidade, na procura da melhor solução para o bem-estar e saúde do utente.

2 — Sempre que a intensidade e os procedimentos clínicos/terapêuticos e de cuidados se atenuarem e se percecionarem poderem ser realizados pelos outros níveis de cuidados, a UHD abrevia o tempo de internamento e assegura a passagem de responsabilidade.

3 — A UHD deve potenciar a utilização de ferramentas de TeleSaúde, nomeadamente de Telemonitorização, para acompanhamento dos doentes em proximidade.

Artigo 16.º

Processo e protocolos clínicos

1 — O processo clínico em uso na UHD é constituído por:

a) Processo individual eletrónico, baseado nos sistemas de informação em uso no hospital, de acesso rápido a profissionais clínicos do hospital e da UHD, para registos clínicos, procedimentos terapêuticos, prescrição de MCDT e nota de alta;

b) O processo clínico deve conter ainda os critérios gerais e especificadas de admissão, o consentimento informado do doente e uma lista de verificação das condições de transferência para o domicílio.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o seguimento e tratamento na UHD serão orientados de acordo com protocolos clínicos específicos para as diferentes patologias, assentes nos consensos dos profissionais envolvidos no processo de cuidados, baseados em evidência científica e/ou *guidelines*.

Artigo 17.º

Fármacos

1 — O funcionamento da UHD implica o acesso, disponibilização e dispensa dos medicamentos, em harmonia com a *legis artis*.

2 — O doente hospitalizado no domicílio acede aos medicamentos nos exatos termos em que acederia se internado no estabelecimento hospitalar.

Artigo 18.º

Horário de funcionamento e transporte

1 — A UHD funciona 24 horas/7 dias por semana nos 365 dias do ano, com apoio médico e de enfermagem em permanência/prevenção à noite.

2 — As emergências/urgências durante a noite (das 24h às 8h) são deferidas para o serviço de urgência, com ou sem a participação do INEM, mediante indicação do médico da UHD.

3 — O transporte do doente hospitalizado no domicílio observa as mesmas regras do transporte aplicável às unidades hospitalares do SNS, nomeadamente em termos de responsabilidades financeiras que competem ao hospital em que o doente se encontra a receber cuidados de saúde.

Artigo 19.º

Monitorização e avaliação

1 — O processo de monitorização e avaliação do desempenho da UHD é efetuado pelo conselho de administração da entidade do SNS, com base num conjunto de indicadores que permitam acompanhar e analisar comparativamente os resultados em termos de qualidade e de desempenho assistencial, com impacto não só ao nível dos cuidados

agudos, mas também ao nível da integração e continuidade dos cuidados, nomeadamente:

- a) Tempo médio de internamento na UHD;
- b) Taxas de reinternamento na UHD (até 30 dias, até 3 meses e até 6 meses);
- c) Taxa de readmissão ao hospital (precoce ou < 72 horas e tardia ou > 72 horas);
- d) Taxa de mortalidade (esperada, depois da readmissão ao serviço de origem ou ao Serviço de Urgência);
- e) Aplicação de inquérito de qualidade aos utentes/familiares;
- f) Outros indicadores que vierem a ser considerados necessários para a avaliação do desempenho e garantia da qualidade dos cuidados prestados na UHD.

2 — O disposto no número anterior será alvo de modelos e processos de auditoria próprios, da responsabilidade do conselho de administração.

Artigo 20.º

Coordenação técnica e funcional

1 — A coordenação técnica e funcional da UHD é assegurada por um médico coordenador e um enfermeiro em função de chefia.

2 — Nas ausências e impedimentos dos profissionais referidos no número anterior, os mesmos serão substituídos por outros profissionais afetos à UHD, com categoria, experiência e perfil adequados, informando os respetivos diretores de serviço.

Artigo 21.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos da UHD é definida pelo conselho de administração, de entre os padrões de qualidade conexos.

2 — A UHD é composta por equipas multidisciplinares e interdisciplinares, utilizando recursos humanos do Hospital/Centro Hospitalar/ULS.

3 — A composição das equipas é variável em função das necessidades do doente.

Artigo 22.º

Financiamento

O financiamento dos cuidados prestados na UHD é da responsabilidade do Hospital/Centro Hospitalar/ULS, de acordo com os termos definidos no seu contrato-programa.

Artigo 23.º

Centro de custos

O Hospital/Centro Hospitalar/ULS deve criar um centro de custos específico para a UHD, de modo a possibilitar a avaliação do custo-benefício desta resposta e a realização de *benchmark* com outras experiências nacionais e internacionais.

Artigo 24.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor após a homologação, pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de _____, da Deliberação do Conselho de Administração que o aprovou.

ANEXO

(a que se refere o artigo 12.º do Regulamento)

Consentimento Informado da Unidade de Hospitalização Domiciliária

_____, ____ (estado civil), natural da freguesia de _____, concelho _____, residente na (rua, avenida, praça, etc) _____, _____, encontrando-se internado no(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____, declara ter sido informado:

- a) Do seu diagnóstico e ter-lhe sido proposto pelo Médico _____ um plano terapêutico com recurso ao internamento domiciliário;
- b) De que o referido internamento é feito sob responsabilidade do(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____ e dos profissionais afetos a essa atividade e implica vigilância clínica da Unidade de Hospitalização Domiciliária, com periodicidade previamente definida e adequada à sua situação clínica;
- c) Dos pressupostos do mesmo internamento e da eficácia e segurança do tratamento domiciliário para a sua situação clínica;
- d) De que o(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____ lhe faculta no domicílio o acesso a todos os meios materiais e humanos, incluindo equipamentos, medicamentos, dispositivos médicos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, adequados à sua situação clínica;
- e) Dos possíveis, embora não esperados, riscos do seu internamento domiciliário, que são os seguintes _____;
- f) De que lhe é garantida a imediata readmissão no(a) (Hospital/Centro Hospitalar/ULS) _____, caso disso necessite ou caso o deseje;
- g) Da faculdade que lhe assiste de revogação deste consentimento a todo o tempo;
- h) De que não existe outra informação relevante para a formação da sua vontade livre e esclarecida que lhe tenha sido omitida pelo médico proponente,

Pelo que, de modo livre e esclarecido, presta o seu consentimento à sua hospitalização no seu domicílio.

A referida informação e proposta foi feita na presença do familiar/do cuidador do declarante, Sr(a). _____, que igualmente concordou com a proposta de internamento domiciliário e igualmente subscreve a presente declaração.

Local e data _____, _____

O Declarante

_____ (acrescentar os elementos do documento de identificação)

O Familiar/Cuidador

_____ (acrescentar os elementos do documento de identificação)

O profissional de saúde

_____ (acrescentar os elementos da cédula profissional)

311685728