



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS
SAF SUL TRECHO 02, BLOCO F, TORRE 1, EDIFÍCIO PREMIUM, AUDITÓRIO
70070-600 – BRASÍLIA/DF – BRASIL
(61)3315-7643

Ofício Circular nº.120/2014-CLAB/DDAHV/SVS/MS

Brasília, 19 de Dezembro de 2014.

Às Coordenações Estaduais de DST, Aids e Hepatites Virais e às Redes de Laboratórios de CD4+/CD8+ e Carga Viral de HIV.

Assunto: **ERRATA - Termo de responsabilidade para acesso ao módulo de impressão de laudos e resultados do Siscel**

Prezados (as) Senhores (as),

1. No dia 04 de dezembro de 2014 foi encaminhado o Ofício Circular nº 117/2014, que estabelecia critérios para o acesso ao Módulo de Impressão de Resultados do Siscel, com o intuito de proteger o sigilo das informações dos pacientes;
2. O Termo de Responsabilidade disponibilizado não continha todas as informações necessárias para que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais pudesse entrar em contato com o usuário caso necessário. Em função disso ele foi reformulado e a nova versão será disponibilizada através dos nossos canais de comunicação - www.aids.gov.br/siscel e na página inicial do módulo de impressão - <https://laudo.aids.gov.br>. Depois de preenchido, assinado e acompanhado de cópia do RG, CPF e identidade profissional, o termo deverá ser encaminhado aos cuidados de Cristiane Ferreira, para o seguinte endereço:

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Coordenação de Laboratório
Setor Administrativo Federal Sul (SAFS) 02 - Bloco F - Ed. Premium Torre I
Auditório - CEP: 70.070-600 - Brasília/DF

3. Informamos ainda que a legislação vigente relativa à liberação de resultados de exames laboratoriais exige que somente o paciente ou seu médico tenham acesso aos seus dados, garantindo assim o sigilo destas informações e o direito dos pacientes. No caso dos exames de Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e Carga Viral de HIV, que também podem ser solicitados por enfermeiros, estes poderão ter acesso aos exames que solicitaram;
4. Portanto, fica estabelecido que, a partir da presente data, os médicos ou enfermeiros que desejarem ter acesso ao Módulo de Impressão de Resultados do Siscel deverão preencher e assinar o Termo de Responsabilidade (anexo), comprometendo-se a utilizar o sistema apenas para consultar e/ou imprimir laudos/resultados, guardar sigilo e zelar pela privacidade dos

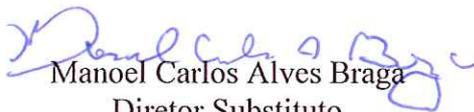
indivíduos, assim como não divulgar, por qualquer meio de divulgação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação dos mesmos.

5. Os profissionais que já possuem acesso ao sistema deverão regularizar sua permissão para acessar o sistema através do envio do termo assinado para este Departamento até o dia 16/01/2015. A partir desta data, os usuários que não tiverem enviado a documentação solicitada terão suas senhas canceladas e o acesso automaticamente desativado.

6. Os profissionais que solicitarem acesso a partir da presente data serão cadastrados mediante apresentação da documentação requerida.

7. Certos de sua atenção, colocamo-nos à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

Atenciosamente,


Manoel Carlos Alves Braga
Diretor Substituto



UTILIZAR PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsáveis pela guarda e uso das bases de dados solicitadas e respeitando a legislação vigente^{1,2,3}, assumimos as seguintes responsabilidades:

- a) Utilizar o Módulo de Impressão de Laudos e Resultados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) única e exclusivamente para consultar e/ou imprimir resultados de exames Carga Viral de HIV e Contagem de Linfócitos T CD4/CD8;
- b) Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta base de dados;
- c) Não disponibilizar, emprestar ou permitir pessoas ou instituições não-autorizadas o acesso a esta base de dados;
- d) Não divulgar, por qualquer meio de comunicação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem, assim, a confidencialidade dos dados contidos nesta base de dados;
- e) Não utilizar isoladamente as informações contidas nesta base de dados para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos.

Desta forma, o(a) profissional(a) _____

e-mail: _____ da instituição:

_____ matrícula: _____,

RG: _____, CPF: _____ assume total responsabilidade pelas

consequências legais decorrentes da utilização das informações obtidas através do **Módulo de Impressão de Laudos e Resultados do SISCEL**, por parte da instituição que representa.

Cidade/UF, ___ de _____ de 201 .

Assinatura

Carimbo e assinatura do responsável legal pela instituição

* Anexar cópia do RG, CPF e identidade profissional (CRM ou COREN)

1. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
2. Código de Ética Médica (resolução CFM nº 1.246/1988), que estabelece como princípio fundamental a ser observado pelos profissionais da Medicina o respeito ao sigilo médico.
3. Resolução COFEN nº311/2007 que aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.