



MEDICINA
LISBOA

DESPACHO 30/2021

Biblioteca Digital – FMUL

Pelo presente Despacho procedo à publicação, em anexo, da Deliberação do Conselho de Gestão, aprovada na reunião de 29 de março de 2021, relativa à criação da *Biblioteca Digital-FMUL*.

Lisboa, 29 de março de 2021.

Prof. Doutor Fausto J. Pinto
(Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)



MEDICINA
LISBOA

fl

ANEXO

Biblioteca Digital – FMUL

Considerando que:

O contexto de permanente alteração e dinamismo que tem vindo a pautar o ensino e a forma de o lecionar, na última década, tem atribuído especial foque à vertente tecnológica, mormente, o uso digital de áudio, imagem e vídeo, recursos amplamente utilizados para fins didáticos e de ensino,

O crescimento da necessidade de gravação de áudio/ imagem ou vídeo (ACTO), para fins de um maior e melhor ensino, tem conduzido à necessidade de disponibilizar esses materiais junto dos estudantes de medicina em formato *on-line*, incluindo, divulgação em plataforma digital,

Essas gravações das aulas teóricas e/ou práticas disponíveis em formato digital *on-line*, sem qualquer custo ou receita, destinam-se a ser divulgadas única e exclusivamente com o fim de ensino junto dos estudantes de medicina e comunidade FMUL,

As gravações e divulgações de áudio/imagem, vídeo e outros materiais pedagógicos serão disponibilizadas junto da comunidade FMUL de forma gratuita e a sua reprodução ou disponibilização não têm por objetivo qualquer obtenção de vantagem económica ou comercial para a FMUL ou qualquer um dos seus Parceiros,

Foi decidido em Conselho de Gestão, realizado a 29 de março de 2021, aprovar

- i) a criação de uma Biblioteca Digital – FMUL, em cumprimento com todas as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção de dados pessoais contra a destruição acidental ou ilícita, a difusão, a alteração, a divulgação, o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito, bem como vinculado a especiais deveres de sigilo profissional e confidencialidade
- ii) os modelos de *Declaração de consentimento para gravação de áudio, imagens em fotografia ou vídeo*, a serem preenchidos por docentes, estudantes e utentes que figuram em adenda à presente deliberação.



ADENDA 1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DE AUDIO, IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO

Eu,....., na qualidade de Docente a exercer funções na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa ("FMUL"), reconheço o contexto de permanente alteração e dinamismo que tem vindo a pautar o ensino e a forma de o lecionar na última década com especial foque à vertente tecnológica, mormente, uso digital de áudio, imagem e vídeo, recursos amplamente utilizados para fins didáticos e de ensino.

Nessa medida, enquanto pessoa singular e titular dos meus dados pessoais declaro ter conhecimento do crescimento da necessidade de gravação de áudio/ imagem ou vídeo (ACTO) para fins de um maior e melhor ensino a disponibilizar junto dos estudantes de medicina em formato on-line, incluindo, divulgação em Biblioteca Digital.

As gravações das aulas teóricas e/ou práticas destinam-se a ficar disponíveis em formato digital on-line, sem qualquer custo ou receita para o próprio, a serem divulgadas única e exclusivamente com o fim de ensino junto dos estudantes de medicina e comunidade FMUL na qual se incluem países com os quais a FMUL detém parcerias.

Todas as gravações e divulgações de áudio/imagem ou vídeo serão disponibilizadas junto da comunidade FMUL de forma gratuita e a sua reprodução ou disponibilização não têm por objetivo qualquer obtenção de vantagem económica ou comercial para a FMUL ou qualquer um dos seus Parceiros.

A recolha das imagens necessárias ao presente ACTO serão guardadas em ficheiro próprio [indicar o nome do ficheiro] gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário à realização do ACTO de divulgação.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa encontra-se em cumprimento com todas as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção de dados pessoais contra a destruição acidental ou ilícita, a difusão, a alteração, a divulgação, o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito, bem como vinculado a especiais deveres de sigilo profissional e confidencialidade.

Foi-me ainda dado a conhecer que caso pretenda retirar a minha autorização poderei fazê-lo a qualquer momento mediante o envio de mensagem de correio eletrónico com o respetivo pedido para protecaodados@medicina.ulisboa.pt, sendo as respetivas imagens eliminadas do arquivo de imagens e as aulas não serão objeto de divulgação.

Assim,

- Autorizo** por minha livre, específica e informada vontade, a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para [por ex. atividades de ensino, promoção de ciência, divulgação institucional, Biblioteca Digital...] apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades.



- Não Autorizo** a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para [por ex. atividades de ensino, promoção de ciência, divulgação institucional, Biblioteca Digital...] apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades.

Comprometo-me ainda a utilizar na qualidade de Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e no decurso do seu ensino apenas obras próprias e/ou a inserção de citações, resumos de obras alheias e estudos científicos sempre devidamente identificados quanto ao seu autor, obra e editor, todos com fins de crítica, discussão ou ensino na medida justificada pelo fim a atingir.

.....(local),...../...../.....(data)

Assinatura do próprio

A presente Declaração de Consentimento de Imagem é composta por 2 folhas e feita em duas vias: (i) para a FMUL e (ii) para o titular de dados.



Adenda 2

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DE AUDIO, IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO

Eu,....., estudante de medicina inscrita/o na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa ("FMUL"), no ano do ano letivo...../....., maior, pessoa singular plenamente titular dos meus dados pessoais declaro ter conhecimento da necessidade de gravação de áudio ou imagem (ACTO) para fins de ensino a disponibilizar em formato on-line incluindo, Biblioteca Digital, no contexto de ensino a lecionar na ou pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pela presente foi-me dado a conhecer que no âmbito da realização de avaliações online de carater necessário ao cumprimento dos requisitos impostos para a conclusão do curso no qual me encontro inscrito, serão objeto de gravação todas as avaliações, as quais serão guardadas em ficheiro próprio gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário.

As gravações das aulas teóricas ou práticas destinam-se a ficar disponíveis em formato digital on-line a serem divulgadas única e exclusivamente com o fim de ensino e em formato totalmente gratuito junto da comunidade FMUL na qual se incluem Parcerias com entidades nacionais ou internacionais.

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa encontra-se em cumprimento com todas as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção de dados pessoais contra a destruição acidental ou ilícita, a difusão, a alteração, a divulgação, o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito, bem como vinculado a especiais deveres de sigilo profissional e confidencialidade.

Foi-me dado a conhecer que a recolha das imagens necessárias ao presente ACTO são propriedade da FMUL, não podendo ser divulgadas por qualquer meio eletrónico ou digital e/ou por nenhuma outra entidade singular ou coletiva, pública ou privada sem autorização prévia expressa por escrito pela FMUL e serão guardadas em ficheiro próprio gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário à realização do ACTO de divulgação.

Foi-me ainda dado a conhecer que caso pretenda retirar a minha autorização poderei fazê-lo, a qualquer momento, mediante o envio de mensagem de correio eletrónico com o respetivo pedido para protecaodados@medicina.ulisboa.pt, sendo as respetivas imagens eliminadas do arquivo de imagens e das aulas onde são apresentadas.

A presente declaração de consentimento será aplicável para todos os ACTOS de gravação e divulgação de áudio ou imagem durante o período de inscrição no curso.

Assim,

- Autorizo** por minha livre, específica e informada vontade, a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para [por ex. atividades de ensino, promoção de ciência, divulgação institucional, Biblioteca Digital...] apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades.



Não Autorizo a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria e os dados pessoais inerentemente a esta associados para [por ex. atividades de ensino, promoção de ciência, divulgação institucional, Biblioteca Digital...] apenas para os fins anteriormente indicados e durante o período de tempo estritamente necessário à prossecução dessas mesmas finalidades.

Mais declaro que me foi dado a conhecer que caso não autorize a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria, devo permanecer com a minha câmara desligada no decurso de aulas registadas em ambiente digital ou eletrónico.

.....(local),...../...../.....(data)

Assinatura do próprio

A presente Declaração de Consentimento de Imagem é composta por 2 folhas e feita em duas vias: (i) para a FMUL e (ii) para o titular de dados.



Adenda 3

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRAVAÇÃO DE AUDIO, IMAGENS EM FOTOGRAFIA OU VÍDEO

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, utente, doente ou seu representante legal, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido.

As gravações destinam-se a ficar disponíveis para comparação com outras, futura ou anteriormente realizadas, permitindo avaliar com mais fidelidade a evolução de sinais da observação clínica bem como a serem divulgadas, presencialmente ou em formato digital on-line, incluindo, biblioteca digital, no contexto de ensino a lecionar na ou pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Após a filmagem ou fotografia, o utente, doente ou seu representante legal terá acesso a visualizar as imagens, de modo a ter pleno conhecimento do material a divulgar em atividades letivas.

Em qualquer caso, é garantida a ocultação de dados de identificação da pessoa e, a não ser que expressamente o autorize, não será exibida a sua face. É igualmente garantido que a presente autorização possa ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados a prestar à pessoa.

Declaro ter respondido a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Foram dadas garantias à pessoa que, em caso de recusa, os seus direitos aos melhores cuidados possíveis encontram-se totalmente assegurados, assim como todos os seus direitos.

Caso o utente, doente ou seu representante legal pretenda retirar a autorização deverá contactar o médico signatário da presente autorização ou remeter mensagem de correio eletrónico com o respetivo pedido para protecaodados@medicina.ulisboa.pt, sendo as respetivas imagens eliminadas do arquivo de imagens e das aulas onde são apresentadas.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico

Unidade de Saúde:

Contacto institucional do profissional de saúde

Data/...../..... Assinatura



AO UTENTE | DOENTE | REPRESENTANTE LEGAL

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas, encontrando-se totalmente esclarecido.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação de recolha de imagens, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Confirmo ainda que a minha participação é de carácter inteiramente voluntário e limitada a fins de ensino de carácter científico pedagógico. Compreendi também que poderei retirar esta autorização a qualquer momento, devendo para esse efeito contactar o médico que assinou a autorização ou remeter email para: protecaodados@medicina.ulisboa.pt, sendo assim eliminadas as respetivas imagens do repositório de imagens e das aulas onde são apresentadas.

Os dados pessoais recolhidos serão incorporados e tratados no ficheiro [indicar o nome do ficheiro informático escolhido para a recolha dos dados].

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa encontra-se em cumprimento com todas as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção de dados pessoais contra a destruição acidental ou ilícita, a difusão, a alteração, a divulgação, o acesso não autorizado e contra qualquer outra forma de tratamento ilícito, bem como vinculado a especiais deveres de sigilo profissional e confidencialidade.

Foi-me dado a conhecer que a recolha das imagens necessárias ao presente ACTO serão guardadas em ficheiro próprio gerido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e em conformidade com a legislação aplicável em sede de Regime Geral de Proteção de Dados e durante o período estritamente necessário à realização do ACTO.

Assim,

Autorizo a recolha de imagens minhas (áudio, fotografia ou vídeo) a fim de serem apresentadas em aulas da Faculdade de Medicina de Lisboa em formato físico ou digital no qual se inclui a Biblioteca Digital.

Não Autorizo a recolha de imagens minhas (áudio, fotografia ou vídeo) a fim de serem apresentadas em aulas da Faculdade de Medicina de Lisboa em formato físico ou digital no qual se inclui Biblioteca Digital.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo tido a possibilidade e realizado todas as perguntas sobre o assunto.

.....(local),...../...../.....(data)

Assinatura do próprio



Se não for o próprio a assinar:

Nome:.....
Documento de Identificação nº:.....Válido até/...../.....
Grau de Parentesco ou tipo de representação.....
Assinatura conforme resulta do documento de identificação: <input type="text"/>

A presente Declaração de Consentimento de Imagem é composta por 3 folhas e feita em duas vias: (i) original para o processo clínico e (ii) duplicado para o Utente, Doente ou Representante que consente.