



ORDEN DOS MÉDICOS
Departamento Jurídico

FAQ

INFORMAÇÃO CLÍNICA – TRANSMISSÃO DE PROCESSOS CLÍNICOS

1. Em que situações é que o médico é obrigado a entregar o Processo clínico ao Doente?

R: O processo clínico deve ser entregue ao doente a seu pedido expresso ou a médico por este indicado.¹

2. É preciso que a informação seja pedida por um médico da mesma especialidade?

R: Não é. O doente pode pedir a informação clínica e entregar ao seu médico independentemente da especialidade que este detenha.

3. Deve entregar uma fotocópia (se for manuscrito de suporte em papel) e guardar o original ou vice-versa?

R: O médico deve entregar ao doente cópia legível da informação. Pode fazê-lo em formato digital caso o paciente tenha diferenciação para aceder a esse formato ou em papel.

É aconselhável ficar com cópia para defesa dos seus legítimos interesses caso venha a ser interpelado judicialmente pelo trabalho que realizou.

O suporte em papel pode ser rasurado relativamente às “notas pessoais”² que o médico consulente possa ter feito.

4. Dos Processos informatizados bastará fazer uma segunda via impressa em papel?

R: Os processos informatizados podem ser impressos e enviada uma segunda via ou copiados para um suporte informático caso se torne mais simples ou legível, designadamente os exames complementares de

¹ Lei 12/2005, de 26.01 – Lei da Informação da Saúde, alterada no seu n.º 3 pela Lei 26/2016 Artigo 3.º - Propriedade da informação de saúde

1 – A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

2 – O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado.

3 – O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico, com habilitação própria, se o titular da informação o solicitar.

² As notas pessoais do médico são matéria sujeita a confidencialidade já que correspondem a impressões/opiniões subjectivas do consulente sobre o doente num concreto momento.



ORDEM DOS MÉDICOS
Departamento Jurídico

diagnóstico.

5. O relatório médico que seja pedido pode ser efectuado independentemente do doente ser consultado?

R: Pode, já que se trata de entregar dados clínicos pré-existentes.

6. A execução de um relatório clínico, sendo um acto médico é passível de honorários?

R: A remessa do original do processo clínico em suporte de papel ou no informático não consubstancia um Relatório e não deve ser cobrado.

Um relatório médico é um acto médico e pode ser cobrado porque implica um trabalho de colecta e seleção de informação e eventual síntese.

7. Há doentes que solicitam informação clínica mas cuja última consulta já tem vários anos. Qual é o limite de tempo em que o doente pode pedir informação sobre o seu histórico clínico?

R: A informação deve ser dada sempre que o médico a tenha à sua guarda ainda que seja o fornecimento estrito de dados.

O período de guarda que aconselhamos é de 20 anos já que corresponde ao prazo geral de prescrição da responsabilidade contratual que é o mais alargado.

8. Quer isto dizer que decorridos vinte anos os documentos já não seriam úteis para defesa de interesses do doente ou do médico e poderiam dessa forma ser eliminados? ⁽³⁾ ⁽⁴⁾

O conselho mais seguro, embora financeiramente mais oneroso, é guardar os processos em formato digital sem prazo de eliminação até que seja publicada legislação que regule concretamente esta matéria.

O Consultor Jurídico

Paulo Sancho

13.03.24



ORDEM DOS MÉDICOS
Departamento Jurídico

³ Mesmo assim parece um período de guarda demasiado grande principalmente quando lidamos com situações de consultas isoladas ou quando se sabe que o doente já faleceu há vários anos.

⁴ Facto é que, por não conhecermos uma legislação especial que estabeleça outros prazos mais curtos, a doutrina ensina que nos devemos socorrer do preceituado no artigo 17º da Lei Geral dos Arquivos (Decreto-Lei 16/93, de 23 de Janeiro), com a redação que lhe foi dada pela Lei 26/2016 de 22 de Agosto (Lei de Acesso aos Documentos Administrativos - LADA), que nos informa que os documentos com dados nominativos sensíveis (que é o caso) ficam acessíveis decorridos 30 anos sobre a morte das pessoas e 40 anos quando se desconhece a data da morte.

Ora, por esta via, não poderíamos destruir os processos nos aludidos 20 anos restando tão só a hipótese de, à semelhança do regime arquivístico dos Hospitais, os colocar num arquivo inactivo ao fim de cinco anos, guardando-os, sem prazo, em formato digital.