

Fluxo para presença de fotógrafo(a) no Hospital Itamed

Atenção!

Para a entrada no Centro Obstétrico, a paciente deverá enviar antecipadamente, **para o e-mail adm.blocosoperatorios@itamed.com.br**, os seguintes documentos devidamente preenchidos e assinados:

- Termo de acompanhamento para presença de fotógrafo no Hospital;
- Documento oficial do fotógrafo(a) com foto.

A partir do recebimento e análise dos documentos pelo setor, enviaremos a devolutiva para a paciente em até 7 dias úteis.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO

Eu, _____, solicito autorização para entrada do(a) fotógrafo(a)
_____, para registrar o meu parto que está previsto a partir
do dia ____/____/_____, e que será realizado pelo médico _____.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura da Paciente

Assinatura do(a) médico(a) obstetra (em caso de disponibilidade)

Termo de acompanhamento para presença de fotógrafo(a) no Hospital Itamed

Eu _____ RG nº _____,

CNPJ nº _____, na condição de fotógrafo(a) na maternidade do Hospital Itamed e ciente das minhas obrigações. Afirmo meu compromisso na atuação como fotógrafo(a):

1. Prestarei serviço e registrarei as imagens do parto da Sra. _____;
2. Seguirei as normas internas do Hospital, bem como os cuidados de higienização necessários;
3. Seguirei as recomendações médicas e de enfermagem passadas pela equipe responsável, inclusive com relação à permanência no local do procedimento e aos equipamentos a serem utilizados, ciente de que a equipe poderá determinar o afastamento se assim entender necessário;
4. Estarei atento quanto ao não registro de imagens antes da autorização da equipe em casos de:
 - Anestesia geral;
 - Nascimento de prematuro;
 - Intercorrências intraoperatórias;
5. Prezarei o silêncio, evitando conversas paralelas e qualquer interferência nos procedimentos técnicos;
6. Limitarei o tráfego dentro de sala cirúrgica a fim de evitar a contaminação de materiais e campos estéreis;
7. Realizarei a limpeza adequada da câmera e outros equipamentos para garantir a segurança e evitar a contaminação do ambiente hospitalar;
8. Utilizarei as imagens captadas apenas para a finalidade de registro do nascimento da criança;
9. Estou ciente da proibição de registro de qualquer imagem que não seja referente ao parto e à paciente ou familiar;
10. Estou ciente de que a gravação com vídeo e som no centro cirúrgico e sala de parto do Hospital se restringe ao ambiente exclusivo da paciente que acompanho, desde que não seja uma sala compartilhada com outras pacientes;

11. Estou ciente da proibição de divulgação de imagem do Hospital ou da equipe profissional responsável sem a autorização expressa dos mesmos;
12. Estou ciente da proibição do exercício de qualquer atividade ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar antes, durante e depois do parto;
13. A autorização se estende unicamente para a atuação de 1 (um) fotógrafo durante o procedimento, sendo vedada a entrada de auxiliar;
14. A entrada do profissional será apenas com a roupa privativa determinada e identificação, que serão disponibilizadas pela equipe do setor.

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) fotógrafo(a)

Anuência da gestante:

Eu, _____, na qualidade de gestante, portadora do RG / CPF: _____, solicito o acompanhamento do profissional de fotografia (dados acima descritos) para registro do parto durante minha internação no Hospital Itamed.

Assinatura da gestante