|  |
| --- |
| **CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE**  para Investigação Clínica |

|  |
| --- |
| **Parte Informativa** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. TÍTULO do projecto |  |
| 1. Descrição do projecto, sua natureza e objetivo   Metodologia, nomeadamente identificação dos procedimentos do estudo, procedimentos invasivos, consultas e seus detalhes (p ex, número e duração). |  |
| 1. RISCOS graves e riscos frequentes   Riscos ou incómodos previsíveis derivados do estudo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Benefícios   Benefícios expectáveis, ou se tais benefícios não são expectáveis. |  |
| 1. possíveis acontecimentos adversos   (de todos os procedimentos do estudo). |  |
| 1. aprovaram o estudo | Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa  Contato – 217805405 |

|  |
| --- |
| Parte declarativa do profissional |

|  |
| --- |
| Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos que o estudo envolve.  Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.  Expliquei o carácter Voluntario da participação; a recusa ou a retirada do consentimento e a possibilidade de pedir para interromper ou mesmo desistir de participar caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clinica.  Informei que se encontra assegurada a privacidade dos dados pessoais coletados mediante a pseudonimização dos mesmos, garantida pela atribuição de um código cuja chave de descodificação é restrita ao Investigador Principal do projeto ou quem ele designar para o assistir e / ou em sua substituição, bem como a se encontra acautelada a confidencialidade e a proteção dos dados pessoais de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome legível do investigador Principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **ASSINATURA**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **DATA**: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ |
| **CONTACTO TELEFÓNICO** |  | **E-mail** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **À PESSOA/REPRESENTANTE** |
| **Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.** |

|  |
| --- |
| PARTE DECLARATIVA DA PESSOA QUE CONSENTE |
| Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento,  Foi-me 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, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **AUTORIZO** |  | **NÃO AUTORIZO** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome legível** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Assinatura** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Data**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)** | |
| **NOME:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Documento de Identificação Nº**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Data ou validade** \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Grau de parentesco ou tipo de representação**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ASSINATURA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| NOTA: Este documento é executado em duas vias – uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente. |