(Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013)

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.*

|  |
| --- |
| **Designação do estudo** [Título do projeto/trabalho] |
| **Local**[Unidade/s onde o projeto será executado] |
| **Objetivo do estudo**[Objetivos do estudo]**Explicação do estudo**[Resumo dos procedimentos que envolvem o participante]**Condições e financiamento**[A participação neste estudo é totalmente voluntária e, na eventualidade de não aceitar participar, não haverá qualquer prejuízo na qualidade dos cuidados médicos a si prestados. Não existe qualquer benefício pessoal imediato ao participar neste estudo, sendo que também não lhe acarretará qualquer custo do ponto de vista financeiro. Se assim o desejar, ser-lhe-á fornecido maior detalhe científico sobre o tema abordado e qualquer questão que queira colocar será prontamente esclarecida pela equipa de investigação. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética de ………………..Além disto, este estudo não inclui qualquer retribuição à equipa de investigação pelo trabalho realizado.**Confidencialidade e anonimato**Este estudo é anónimo, não lhe sendo pedido que coloque qualquer identificação sua, e garantimos a completa confidencialidade da informação. Os dados recolhidos apenas se destinam a fins académicos e de investigação e as respostas obtidas serão apenas alvo de tratamento estatístico. |

|  |
| --- |
| * *Confirmo que expliquei ao/à participante abaixo indicado/a, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.*
* *Respondi a todas as perguntas que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período suficiente de reflexão para a tomada de decisão.*
* *Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.*

**O/A investigadora responsável** Nome: Assinatura  |
| Contacto:  |

|  |
| --- |
| **Identificação do/a participante**Nome:  |
| **Participante*** *Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a médico/a investigador/a que o assina.*
* *Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.*
* *Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.*
* *Desta forma, aceito participar neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, durante as deslocações de rotina à consulta/ internamento, e permito a utilização dos dados anónimos que, de uma forma voluntária, forneço.*
* *Confio que estes dados serão somente utilizados para o estudo autorizado pela Comissão de Ética desta Instituição e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a e que as minhas respostas apenas serão alvo de tratamento estatístico neste estudo.*
 |
|  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura  |
|  |