

*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]**Financiamento**Além disto, este estudo não inclui qualquer retribuição à equipa de investigação pelo trabalho realizado.**Possíveis Benefícios para os Participantes**Esta é uma participação altruísta, não havendo por isso qualquer compensação para o participante. Não se garante que este estudo envolva quaisquer benefícios diretos para o participante. Se algum dos estudos puder ser relevante para a saúde do participante, este será informado, se essa for a sua vontade expressa na declaração de consentimento informado. Contudo, a sua participação proporcionará a aquisição de conhecimentos que poderão vir a beneficiá-lo a si ou a terceiros no futuro.**Riscos físicos previsíveis**Na maioria dos casos, os riscos e o desconforto associados serão mínimos ou inexistentes. **Participação Voluntária e Direito de Abandono**O presumível participante terá toda a liberdade para se recusar a participar no estudo ou retirar o seu consentimento, suspendendo a participação em qualquer momento. A participação é voluntária e a sua recusa em participar não envolverá qualquer penalização ou perda de benefícios. A recusa ou abandono não colocarão em risco o direito a receber tratamento ou assistência médica, presentemente ou no futuro.**Confidencialidade e anonimato**Este questionário 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.**Tempo de Conservação**Indicar o tempo de conservação dos dados.**Se tiver qualquer dúvida, em qualquer momento, mesmo após a participação no estudo, sobre este estudo poderá contactar o Investigador Responsável:**XxxxxMoradaTelefoneEmail |

|  |
| --- |
| * *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  |
|  |

|  |
| --- |
| **Identificação do/a participante / e/ou representante legal**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 utilizados para o estudo autorizado pela Comissão de Ética da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a e que as minhas respostas serão alvo de tratamento estatístico e os resultados do estudo eventualmente partilhados com a comunidade científica.*
 |
|  |
| Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura Em caso de representante legal, este atua na qualidade de:□ Titular das responsabilidades parentais, quando o participante é menor□ Acompanhante, quando o participante for objeto de uma medida de acompanhamento□ Herdeiro, quando o participante faleceu |
|  |