

## ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO OU PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

(NOP do utente)

(Anonimização do participante)  
- Código -

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento e não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Norma n.º 015/2013 do DQS de 03/10/2013, da Direção-Geral da Saúde, atualizada em 04/11/2015.

Consinto participar voluntariamente numa investigação intitulada \_\_\_\_\_,  
desenvolvida por \_\_\_\_\_.

Tomei conhecimento que o estudo consiste, essencialmente, em *[descrever sucintamente o objeto e âmbito do estudo ou projeto de investigação proposto]*.

Para o efeito, autorizo:

1. A recolha de informação de saúde confidencial. Sim  Não
2. O acesso aos dados constantes do processo clínico. Sim  Não
3. A colheita de material biológico, anonimizado, e a sua utilização para fins de investigação, o qual ficará a cargo da Instituição Parceira. Sim  Não
4. O registo de imagens e/ou vídeo, como informação de saúde confidencial para a investigação e a sua publicação, anónima, em revistas ou artigos científicos, incluindo versão *online*. Em caso afirmativo assinale uma das seguintes opções: Sim  Não
5. Concordando com a opção anterior, autorizo que sejam mostrados os olhos a descoberto. Sim  Não

Foi-me garantida a confidencialidade e anonimato de todos os dados recolhidos. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e considero ter obtido resposta satisfatória a todas elas, pelo que presto o meu consentimento informado, livre e esclarecido.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (data)

Nome do utente / colaborador da USI Faial \_\_\_\_\_

Assinatura do utente / colaborador da USI Faial \_\_\_\_\_

Confirmo que expliquei ao participante na investigação, de forma adequada e inteligível, a natureza e objetivos da investigação e confirmei o seu correto entendimento. 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. Também esclareci que a revogação do consentimento informado, esclarecido e livre pode ocorrer a qualquer momento, sem exigência de qualquer formalidade e não acarreta qualquer prejuízo para a pessoa nos seus correspondentes direitos assistenciais.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (data)

Assinatura do Investigador Responsável \_\_\_\_\_