

Declaração de consentimento para a utilização dos dados de saúde e das amostras para fins de investigação – para o(a) doente menor de idade com idade entre 14 e 17 anos

Etiqueta do(a) doente

Apelido e nome próprio do(a) doente

Data de nascimento do(a) doente

Apelido e nome próprio do(a) representante legal

Morada e número de telefone do(a) representante legal

Indicar a relação com o(a) doente

Endereço de e-mail do(a) representante legal

A Aceito que os meus dados médicos e as amostras recolhidos durante a minha prestação de cuidados (consultas e internamentos hospitalares), ocorridos no passado ou que venham a ocorrer futuramente, sejam conservados, transmitidos e utilizados para fins de investigação.

SIM

NÃO

Caso tenha assinalado "SIM", responda à proposta B. Se tiver assinalado "NÃO", passe diretamente para o ponto C.

B Aceito que uma amostra de sangue adicional do(a) meu(minha) filho(a)/da pessoa em questão seja recolhida para o Biobanco Genómico do CHUV para fins de análises genéticas para a investigação.

- A colheita de sangue será efetuada apenas se o estado físico da criança o permitir. A quantidade de sangue recolhida irá depender do seu peso, mas não excederá os 7,5 mL (o equivalente a uma colher de sopa).
- **Esta colheita será efetuada durante uma colheita de sangue já prevista no âmbito da prestação dos seus cuidados de saúde, de modo a evitar picadas adicionais.**
- O sangue recolhido irá permitir realizar análises genéticas para fins de investigação.

SIM

NÃO

Qualquer que seja a resposta, passar para o ponto C.

C Confirmação da minha decisão

Compreendi:

- as explicações sobre a utilização dos dados médicos e das amostras pelos(as) investigadores(as);
- que posso contactar a Unidade de Consentimento para a Investigação do CHUV (dados indicados no rodapé deste formulário), um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) do CHUV para receber mais explicações e colocar as minhas dúvidas;
- que os meus dados e amostras se encontram protegidos e que apenas serão utilizados para a investigação de modo codificado ou anónimo;
- que os meus dados e amostras podem ser utilizados no âmbito de projetos de investigação levados a cabo na Suíça ou noutros países;

Vire a página

- que os meus dados e amostras podem ser transmitidos a laboratórios, hospitais e universidades, mas também a empresas que fabricam medicamentos e testes para identificar doenças;
- que os(as) investigadores(as) podem analisar os genes das minhas células;
- que poderei ser novamente contactado(a) caso sejam descobertos pelos(as) investigadores(as) resultados importantes para a minha saúde;
- que as minhas decisões são livres e voluntárias e não mudam em nada o tratamento médico que receber;
- que as minhas decisões são válidas até aos meus 18 anos, exceto se entretanto eu mudar de opinião;
- que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem ter de explicar o motivo;
- que, a partir dos 18 anos, terei novamente a possibilidade de indicar a minha escolha em participar ou não na investigação;
- que, caso eu assinale “NÃO” no ponto A, os meus dados clínicos e amostras não poderão ser utilizados no âmbito da investigação;
- que, se eu não assinar a declaração de consentimento, a lei prevê que os meus dados e amostras poderão excepcionalmente ser utilizados se a comissão de ética competente der a sua autorização especial.
- que, caso eu tenha mais de 14 anos e tenha compreendido corretamente estas informações, posso assinar sozinho(a) a declaração de consentimento, mas que a assinatura de um dos meus progenitores ou do(a) meu(minha) representante legal é recomendada.

Local e data

Assinatura do(a) doente

Local e data

Assinatura do(a) representante legal

Assinalar este quadrado **apenas** se a pessoa em questão não tiver capacidade de discernimento e não puder assinar este documento. **Neste caso, a assinatura do(a) representante legal é obrigatória.**

O progenitor signatário é obrigado a informar o outro progenitor.

Caso tenha alguma dúvida ou observação, não hesite em entrar em contacto connosco.

