



ORDEM  
SÃO FRANCISCO  
DO PORTO

## Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

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

### Designação do projecto de investigação (em português)

Eu, abaixo-assinado (nome completo do Responsável pelo doente)

Responsável pelo doente menor ou incapaz (nome completo do doente)

declaro não estar a participar em nenhum outro projecto de investigação neste momento.

Recebi o texto de **Informação ao Participante** relativo ao procedimento que concordei em efetuar. Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo Investigador que assina este documento. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, bem como pedir a imediata eliminação de todos os meus dados recolhidos no âmbito do estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto de forma livre e esclarecida que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo Investigador.

**Assinatura do responsável pelo doente:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nome e Assinatura do Investigador responsável:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RECUSA - ANULAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que recebi a **Informação ao Participante** relativo ao estudo / projecto de investigação em questão, que me foi proposto pelo Investigador que assina este documento e **pretendo anular** o consentimento na data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Assinatura do responsável pelo doente:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura do Investigador responsável:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nota: Fornecimento obrigatório de cópia ao participante