

## Declaração de consentimento para uso de dados de saúde e amostras para fins de pesquisa para o representante legal de um paciente menor dos 14-17 anos

\_\_\_\_\_  
Sobrenome e nome do paciente

\_\_\_\_\_  
Data de nascimento do paciente

\_\_\_\_\_  
Sobrenome e nome do representante legal

\_\_\_\_\_  
Morada do representante legal

\_\_\_\_\_  
Indique o grau de parentesco com o paciente menor

\_\_\_\_\_  
Nº Telefone do representante legal

**A.** Concordo que os dados de saúde e amostras biológicas residuais recolhidas durante os cuidados residuais (consultas de ambulatório e hospitalizações) do meu filho sejam armazenados, transmitidos e utilizados para fins de pesquisa.

sim     não

Seja qual for a sua resposta, pule para o ponto B.

### **B. Confirmação da minha decisão**

Compreendo:

- explicações sobre a reutilização de dados de saúde e amostras biológicas para fins de pesquisa, detalhadas no folheto informativo;
- que sou livre para entrar em contacto com o HFR nos detalhes de contacto fornecidos no final deste formulário, ou com um médico do HFR para obter mais informações e explicações;
- que os meus dados pessoais estão protegidos e serão usados apenas para pesquisa de forma criptografada ou anónima;
- que os meus dados e amostras biológicas possam ser utilizados em projetos de pesquisa nacionais e internacionais, nos setores público e privado;
- que os projetos possam incluir análises genéticas nas suas amostras, para fins de pesquisa;
- que as minhas decisões são livres e voluntárias e não alteram o meu tratamento médico;
- que as minhas decisões são válidas até eu completar 18 anos, a menos que eu mude de ideia nesse meio tempo;
- que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem ter que explicar o porquê;
- que a partir dos 18 anos terei novamente a oportunidade de manifestar a minha escolha em participar ou não da pesquisa;
- que poderia ser contactado novamente no caso de resultados relevantes para a minha saúde serem

encontrados;

- que se eu marcar “NÃO” no ponto A ao assinar esta declaração, os meus dados clínicos e amostras biológicas não poderão ser usados para pesquisa;
- que se eu não assinar a declaração de consentimento, a lei prevê que os meus dados e amostras possam ser usados excecionalmente se a comissão de ética competente der a sua autorização especial.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal

- O menor não pode tomar esta decisão e assinar este documento.  
Neste caso, é obrigatória a assinatura do representante legal.

O pai/mãe que assina é obrigado a informar o outro representante legal.

**Se tiver alguma dúvida ou comentário, não hesite em nos contactar.**

**Por correio:**

HFR - hospital de Friburgo Direção médica  
Caixa postal 1708 Friburgo

**Por e-mail:**

[direction.medicale@h-fr.ch](mailto:direction.medicale@h-fr.ch)

**Por telefone:**

Direção médica  
T +41 26 306 01 60  
Seg - Sex : 08h30 - 11h30 / 13h30 - 16h30

**Informações complementares**

[www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general](http://www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general)

