

CONSENTIMENTO LIVRE PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Este documento pretende fornecer-lhe a informação essencial de que depende o seu consentimento livre, explícito, inequívoco e informado, nos termos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), para a participação no Projeto de Investigação

cujas finalidades são:

Os dados pessoais fornecidos destinam-se ao uso exclusivo do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (CHBV), responsável pelo tratamento dos dados, e ao(s) Parceiro(s) (quando aplicável):

assegurando-se a confidencialidade dos dados, bem como o cumprimento da Política de Privacidade do CHBV, implementada de acordo com as regras do RGPD e a sua utilização de acordo com o objeto social do CHBV, de forma compatível e adequada às finalidades determinantes do tratamento de dados.

Com o seu consentimento estará a dar autorização aos investigadores do CHBV e/ ou outra entidade com a qual estabelecemos protocolo/ contrato a tratar dados clínicos respeitantes a si, ao seu estado de saúde e/ ou tratamentos que está a fazer... Os dados recolhidos no âmbito do presente projeto incluem (*descrever os dados a recolher*):

As suas informações pessoais e de saúde serão identificadas por meio das seguintes medidas de segurança (ex. *Código Único*):

Só os seus dados pessoais serão conservados pelo prazo de _____ e não incluirão informação que o possa identificar diretamente.

O consentimento pode ser retirado a todo o tempo, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Pode ainda exercer o direito de acesso aos seus dados pessoais, bem como a sua retificação, a limitação do seu tratamento, o seu apagamento e a sua portabilidade solicitando-o ao Encarregado de Proteção de Dados do CHBV, por escrito para os seguintes endereços : Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E., Av. Artur Ravara, 3810-164 /email :dpo@chbv.min-saude.pt

Poderá ainda apresentar reclamação perante a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), enquanto autoridade de controlo.

Esta declaração de consentimento não condiciona o acesso à prestação de cuidados de saúde, nem influenciará a relação habitual que tem com os profissionais de saúde do CHBV.

Os dados recolhidos no presente formulário destinam-se somente à sua identificação para efeitos de recolha de consentimento, no âmbito do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Nome do Participante _____

Número do Processo Único _____

Nome do Profissional que obteve o consentimento _____

(Nº mecanográfico/ Nº Cédula Profissional) _____

Nome do Investigador Principal _____

(Nº mecanográfico/ Nº Cédula Profissional) _____

Compreendi o que me foi exposto e esclareci as minhas dúvidas.

Autorizo/ Não autorizo (riscar o que não interessa) a recolha e registo dos meus dados pessoais e clínicos no âmbito do projeto _____.

Autorizo/ Não autorizo (riscar o que não interessa) que todos os dados clínicos na posse deste projeto sejam utilizados para fins de investigação clínica.

Data: ____/____/____.

O Titular dos Dados/ Participante _____

(Assinatura igual ao documento de identificação ou assinatura digital)

O Responsável pela obtenção do consentimento _____

Nome completo da testemunha/ Responsável legal _____ nº Cc _____

(casos em que o titular não saiba ou não pode assinar)

(Assinatura da testemunha/ Responsável legal)

Nota: O original deste documento deve ser mantido na instituição, sendo fornecida uma cópia ao Titular dos Dados.

Os dados não poderão ser utilizados sem que este consentimento esteja assinado.