### Formulário de DECLARAÇÃO do consultado

[afixar\_código de barras]

Versão 4.0, 8 de novembro de 2023

Investigador principal local: [local\_lead\_investigator\_name]

Investigador Principal: Dr. JK Baillie, Universidade de Edimburgo

|  |
| --- |
| * Li a ficha de informação (v4.0, 8 de novembro de 2023) para este estudo (ou foi-me lida). Compreendi o que li e tive oportunidade de fazer perguntas. * Na minha opinião, o doente não teria qualquer objeção em fornecer uma amostra de ADN e a que esta amostra seja analisada para observar fatores genéticos importantes e doenças críticas. * Posso retirar o doente do estudo a qualquer momento e sem indicar um motivo. * Embora não haja nenhum benefício direto resultante da participação neste estudo, esperamos que possa ajudar pessoas que venham a adoecer gravemente no futuro. Há uma possibilidade muito pequena de surgirem, através desta investigação, resultados que são relevantes para o doente. Existe um processo através do qual o doente pode ser informado sobre isto. * O ADN do doente, e dados derivados do seu ADN, incluindo a sequência completa do seu genoma, podem ser armazenados e utilizados em investigações futuras. Os investigadores podem incluir cientistas nacionais ou internacionais, empresas e pessoal do NHS. Para aceder aos dados, todos os investigadores devem ser aprovados por uma comissão independente de especialistas, que inclui médicos, cientistas e doentes. As seguradoras pessoais ou empresas comerciais não terão acesso aos dados. * Serão recolhidos, aspetos diferentes dos dados de saúde do dente, pelos investigadores da GenOMICC, pelo promotor do estudo (NHS Lothian e a Universidade de Edimburgo) e por organizações parceiras. * Concordo que os investigadores deste estudo possam contactar o doente no futuro para participar em futuros estudos de investigação, incluindo ensaios clínicos e estudos não relacionados com doenças críticas. |
| Confirmo que sou o consultado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relação com o participante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Assine aqui para indicar que concorda com as declarações acima referidas:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome da pessoa que está a fornecer o seu consentimento em letras maiúsculas  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da pessoa que está a fornecer o seu consentimento  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do consultado em letras maiúsculas  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do consultado  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Se o consultado não souber escrever ou ler o formulário:***  Não tenho nenhum envolvimento neste estudo de investigação e certifico que as informações relativas a esta investigação foram explicadas com precisão ao participante numa linguagem que possa compreender, e que o consentimento informado foi dado livremente pelo consultado. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome da testemunha em letras maiúsculas  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da testemunha  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Original para ser mantido no arquivo do centro. Uma cópia para ser entregue ao consultado.