

[hospital\_logo]



## FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Versão 2.4, 27 de julho de 2020

Investigador principal local: [nome\_do\_investigador\_local]

Investigador Principal: Dr. JK Baillie, Universidade de Edimburgo

[afixar\_código de barras]

- Li a ficha de informação (v2.4, 27 de julho de 2020) para este estudo (ou foi-me lida). Compreendi o que li e tive oportunidade de fazer perguntas.
- Concordo em fornecer uma amostra de ADN e que esta amostra seja analisada para observar fatores genéticos importantes e doenças críticas.
- Posso sair do estudo a qualquer momento e sem indicar um motivo.
- Existe a possibilidade de surgirem, através desta investigação, resultados que são relevantes para mim. Existe um processo através do qual posso ser informado sobre isto.
- O meu ADN, e dados derivados do meu ADN, incluindo a sequência completa do meu 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 meus dados de saúde, pelos investigadores da GenOMICC, pelo promotor do estudo (NHS Lothian e a Universidade de Edimburgo) e por organizações parceiras, incluindo a Genomics England.
- Concordo que os investigadores deste estudo me possam contactar no futuro para participar em futuros estudos de investigação, incluindo ensaios clínicos e estudos não relacionados com doenças críticas.
- Concordo com o seguimento do rumo de vida, incluindo a recolha e análise dos meus dados de saúde para investigação, que continuará durante toda a minha vida e para além dela.

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

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa que está a fornecer o seu consentimento em letras maiúsculas

\_\_\_\_\_  
Nome do participante em letras maiúsculas

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa que está a fornecer o seu consentimento

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

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

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

[hospital\_logo]



***Se o participante não conseguir 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 participante.

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha em letras maiúsculas

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

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

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