



SÃO JOÃO

# Pedido de Reutilização de Registos Clínicos para Investigação e Desenvolvimento (I&D)

\_\_\_\_\_

(A preencher pelo Gabinete de Apoio ao RAI)

Exmo. Senhor  
Responsável pelo Acesso à Informação  
(Artigo 9.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto)  
Dr. Rui de Vasconcellos Guimarães

## 1. Identificação do(s) Investigador(es) Preenchimento Obrigatório

### 1.1. Investigador Principal

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### 1.2. Investigador(es) Associado(s)

Número Total: [ ]

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Contacto telefónico \_\_\_\_\_

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### 1.3. Afiliação Institucional do Investigador Principal

#### 1.3.1. Grupo Profissional

Médico(a)  Enfermeiro(a)  Docente  Estudante

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

#### 1.3.2. Documento de identificação pessoal ou profissional

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Célula Profissional

Cartão de Docente  Cartão de Estudante  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Número de Documento \_\_\_\_\_

## 2. Enquadramento e Identificação do Trabalho de Investigação e Desenvolvimento Preenchimento Obrigatório

### 2.1. Enquadramento da investigação

Trabalho académico de investigação e desenvolvimento:

Não conferidor de grau

Conferidor de grau:  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Projeto de investigação e desenvolvimento

## 2.2. Entidade(s) que tutela(m) a investigação

Centro Hospitalar de São João

Serviço: \_\_\_\_\_

Universidade do Porto

Faculdade / Instituto: \_\_\_\_\_

Outra Instituição. Qual? \_\_\_\_\_

## Há alguma parceria entre instituições?

Não  Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

## 2.3. Orientador Se Aplicável

Contacto telefónico

Endereço eletrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## 2.4. Título provisório

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Deverá posteriormente indicar o título definitivo para emissão do Certificado de Reutilização pelo RAI –  
DAta REUse Certificate for Research – DARE através dos contactos disponíveis no fim deste formulário.*

## 2.5. Acesso requerido

Ficheiro

*Descrição do património informacional a que pretende ter acesso, identificando a informação a obter, i.e. nome, morada, diagnóstico, idade, códigos dos distritos, entre outros.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consulta de processos clínicos em ambiente papel:

Bloco

Consulta Externa

Hospital de Dia

Internamento

MCDT

Urgência

*Deverá anexar ficheiro(s) contendo a identificação do pretendido, i.e. números de processos,  
episódios, números de utente, entre outros.*

Anexar ficheiro no ato de envio

Consulta de registos clínicos eletrónicos

*Especificar os Sistemas de Informação:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data previsível de fim de utilização das credenciais de acesso     -   -

Outro Acesso. Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2.3. Pareceres e Autorizações

Autorização da Hierarquia

Protocolo Científico Aprovado <sup>1</sup>

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES) <sup>1</sup>

Parecer do Centro de Epidemiologia Hospitalar <sup>1</sup>

*Deverá anexar ficheiro(s) contendo cópia dos documentos referentes às opções selecionadas.*

Anexar ficheiro no ato de envio

<sup>1</sup> Obrigatório quando aplicável.

### 3. Observações Preenchimento Facultativo

---

---

---

---

---

### 4. Aceitação dos Termos e Condições da Reutilização

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da lei já citada (n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12, ambos da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto) ao submeter o presente pedido concordo e fico ainda vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Não vou elaborar registos, susceptíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Não vou elaborar, nem ficar na posse, de cópias de bases de dados utilizadas na recolha de informação;
- Comprometo-me a obter junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) as necessárias autorizações, para eventuais bases de dados que venha a conceber e utilizar no âmbito da presente investigação;
- Comprometo-me a devolver ao Centro Hospitalar de São João, na pessoa do seu Diretor Clínico, as bases de dados e o resultado da investigação;
- Comprometo-me a ocultar os elementos de identificação da(s) pessoa(s) a quem os registos digam respeito, em futuras e eventuais publicações de resultados;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nas instalações que me forem indicadas para o efeito;
- Comprometo-me a obter os necessários pareceres, quer da Comissão de Ética do Hospital, quer do Centro de Epidemiologia Hospitalar, sempre que necessário;
- Comprometo-me a citar as fontes sempre que publicitar o trabalho de investigação independentemente de requerer a Certidão de Reutilização (DAta REuse Certificate for Research – DARE);
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, resultará no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.

### 5. Decisão do investigador sobre requerer a DAta REuse Certificate for Research – DARE Preenchimento Obrigatório

Pretendo desde já requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.

Não pretendo requerer a Certidão de Reutilização (DARE) cujo sentido, valor e significado consultei em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/710>.

### 6. Assinatura

*Nota 1: Se o presente pedido for submetido eletronicamente ou faz assinatura digital qualificada; ou posteriormente vem ao Centro Hospitalar de São João exibir o seu documento de identificação pessoal; ou no âmbito do seu espaço de liberdade e como manifestação expressa do seu consentimento envia cópia do referido documento, neste caso, concluído o processo ser-lhe-á devolvida ou eliminada a cópia do documento de identificação pessoal, conforme as indicações que dê.*

*Nota 2: Se o presente pedido for entregue presencialmente, assina e exibe o documento de identificação a quem recebe o pedido.*

Data     -   -

\_\_\_\_\_  
**Investigador Principal**

**Em caso de dúvida no preenchimento contacte através dos endereços eletrónicos**  
rai.reutilizacao.id@chsj.min-saude.pt **ou** ruiguimaraes@chsj.min-saude.pt  
**ou pelos números de telemóvel 962 204 194 ou 918 880 299**

**SUBMETER**