



SÃO JOÃO

## PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seoul 2008, Fortaleza 2013)



### Designação do Estudo (datilografado em português)

Confirmo que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo:  Não  Sim (Nº de páginas \_\_\_\_\_)

### O investigador responsável

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
datilografado assinatura

### Identificação do participante

Nome: \_\_\_\_\_  
BI/CC nº: \_\_\_\_\_  
datilografado

### Participante/ Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.
- Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
assinatura

Nome (Pais/Representante legal, se aplicável): \_\_\_\_\_  
BI/CC nº: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
datilografado

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
assinatura