



## 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 art.º 21 e o n.º 1 e 2 do art.º 12, ambos da Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto) ao submeter o presente pedido concordo e fico ainda vinculado, juridicamente, aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após explicação do RAI do CHUSJ, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e qualidade da informação a retirar à fonte, razão pela qual, concordando com o RAI, assumimos como compromisso a pseudo anonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Além do presente pedido para reutilizar registos clínicos, dirigido ao RAI, comprometo-me a obter os necessários pareceres quer do Encarregado da Proteção de Dados, quer da Comissão de Ética do Hospital, quer ainda do Centro de Epidemiologia Hospitalar;
- Comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicitar o trabalho de investigação, independentemente de requerer a Certidão de Reutilização (**DA**tA **RE**use **C**ertificate for **R**esearch – **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>.

Na circunstância do requerente não indicar nenhuma opção, presumimos que pretende requerer o DARE.

### 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 exhibe 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**