

## Declaração de consentimento para uso de dados de saúde e amostras para fins de pesquisa para o representante legal de um paciente menor de 14 anos

\_\_\_\_\_  
Sobrenome e nome da criança

\_\_\_\_\_  
Data de nascimento da criança

\_\_\_\_\_  
Sobrenome e nome do representante legal

\_\_\_\_\_  
Morada do representante legal

\_\_\_\_\_  
Indique o grau de parentesco com a criança

\_\_\_\_\_  
Nº Telefone do representante legal

**A.** Concordo que os dados de saúde e amostras biológicas residuais recolhidas durante os cuidados residuais (consultas de ambulatório e hospitalizações) do meu filho sejam armazenados, transmitidos e utilizados para fins de pesquisa.

sim     não

Seja qual for a sua resposta, pule para o ponto B.

### **B. Confirmação da minha decisão**

Como representante legal da pessoa acima identificada, entendo:

- que tomo as decisões acima em seu nome, considerando o seu conselho;
- que o informarei, na medida das suas capacidades, sobre as decisões que tomei no âmbito do consentimento geral para pesquisa; Informarei também a pessoa que me sucederá como representante legal;
- que as minhas decisões são voluntárias e não afetam o tratamento médico do meu filho;
- que as minhas decisões são válidas até que o meu filho complete 18 anos, a menos que o meu filho e eu mudemos as nossas decisões nesse meio tempo;
- que até que o meu filho atinja a idade de 18 anos, posso retirar este consentimento a qualquer momento sem ter que justificar a minha decisão. Essa decisão deve ser tomada em conjunto com o meu filho;
- que a partir dos 18 anos o meu filho receberá documentação em seu nome para se posicionar sobre a reutilização para fins de pesquisa dos seus dados e amostras biológicas;
- explicações sobre a reutilização de dados de saúde e amostras biológicas para fins de pesquisa, detalhadas no folheto informativo;
- que sou livre de entrar em contacto com o HFR nos detalhes de contacto indicados no final deste formulário, ou com um médico do HFR para obter mais informações e explicações;

- que os dados pessoais do meu filho estão protegidos e só serão usados para pesquisa de forma criptografada ou anónima;
- que os seus dados e amostras biológicas possam ser utilizados em projetos de pesquisa nacionais e internacionais, nos setores público e privado;
- que os projetos possam incluir análises genéticas nas suas amostras, para fins de pesquisa;
- que eu possa ser contactado novamente caso sejam descobertos resultados relevantes para a saúde do meu filho;
- que se eu marcar "NÃO" no ponto A ao assinar esta declaração, os seus dados clínicos e amostras biológicas não poderão ser usados para pesquisa;
- que caso eu não assine a declaração de consentimento, a lei prevê que os seus dados e amostras possam ser excecionalmente utilizados mediante autorização especial da comissão de ética competente.

Confirmo que informei o meu filho, na medida da sua capacidade de discernimento, e tomo as decisões acima respeitando a sua vontade.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da criança  
(obrigatório)

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da criança

O pai/mãe que assina é obrigado a informar o outro representante legal.

**Se tiver alguma dúvida ou comentário, não hesite em nos contactar.**

**Por correio:**

HFR - hospital de Friburgo Direção médica  
Caixa postal 1708 Friburgo

**Por e-mail:**

[direction.medicale@h-fr.ch](mailto:direction.medicale@h-fr.ch)

**Por telefone:**

Direção médica  
T +41 26 306 01 60  
Seg - Sex : 08h30 - 11h30 / 13h30 - 16h30

**Informações complementares**

[www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general](http://www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general)

