# modelo de formulário de consentimento

O modelo de formulário de consentimento abaixo será adequado para muitos estudos, mas pode precisar de alterações para ser compatível com o seu estudo e deve ser usado em conjunto com a orientação dada no [*Folhas de Informação e Consentimento Formulários. Orientação para Pesquisadores e Revisores*](http://www.nres.nhs.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=338&type=full&servicetype=Attachment)

Para alguns estudos uma mais ampla, formulário de consentimento discriminada ou hierárquica pode ser necessário para cobrir questões importantes, especialmente se elementos adicionais são opcionais para o participante. Estas podem incluir:

* testes invasivos adicionais ou amostras necessárias apenas para fins de estudo;
* consentimento para usar de áudio / vídeo-gravação, com possibilidade de utilização de citação literal ou uso de fotografias;
* transferência de dados / amostras para países com menos protecção de dados;
* acordo para receber feedback individual de testes.

**[Seu timbre AQUI]**

Número Center:

Número Estudo:

Número de Identificação do Paciente para este julgamento:

**formulário de consentimento**

Título do Projeto:**[TÍTULO DO PROJETO]**

Nome do Pesquisador:**[NOME DO principal investigador]**

Por favor rubricar todas as caixas

1. Confirmo que li e entendi a ficha datada**[ENCONTRO]** (versão **[NÚMERO DA VERSÃO]**) Para o estudo acima. Eu tive a oportunidade de considerar as informações, fazer perguntas e ter tido estes respondidas satisfatoriamente.

1. Entendo que a minha participação é voluntária e que eu sou livre para retirar a qualquer momento, sem dar qualquer razão, sem a minha assistência médica ou direitos legais sendo afetado.
2. Eu entendo que secções relevantes de minhas anotações médicas e dados coletados durante o estudo, pode ser olhado por indivíduos de **[NOME DA EMPRESA]**, Das autoridades reguladoras ou a partir do NHS Trust, onde é relevante para minha participação nesta pesquisa. Eu dou permissão para estes indivíduos para ter acesso aos meus registros.
3. Concordo com o meu GP ter sido informado da minha participação no estudo.
4. Concordo em participar no estudo acima.

Nome do participante Encontro Assinatura

Nome da pessoa Encontro Assinatura

tomando consentimento.