

# Consentimento informado

Relativo à recolha e tratamento de dados fisiológicos em participantes com dor

## Objetivo do estudo

Este estudo resulta de uma colaboração entre elementos do \_\_\_\_\_ e do \_\_\_\_\_, através dos investigadores \_\_\_\_\_.

Este projeto visa a investigação de indicadores fisiológicos multimodais para um modelo personalizado da dor em pós-operatório, estudando a relação entre a dor auto-avaliada pelo doente e a sua fisiologia (por monitorização de sinal de ECG).

O presente estudo está registado na Comissão de Ética para a Saúde do \_\_\_\_\_ com documento número \_\_\_\_\_ e no Conselho de Ética \_\_\_\_\_ com o parecer número \_\_\_\_\_.

## Procedimento

Após explicado o procedimento, o participante é continuamente monitorizado recolhendo sinal de ECG, através de um sistema portátil, com aquisição na superfície da pele. Em qualquer caso, a aquisição é não intrusiva e inócua para os participantes. A duração do procedimento de recolha de dados fisiológicos é de aproximadamente 2 horas.

## Riscos para o participante

A sua participação nesta experiência não representa nem representará qualquer risco ou dano para a sua integridade física e moral.

## Confidencialidade

Asseguramos que todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins de investigação e não serão utilizados por mais ninguém além dos elementos envolvidos neste estudo.

## Natureza voluntária da participação

A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

**Contactos dos Investigadores:** \_\_\_\_\_

Declaro que tive oportunidade de ler o consentimento informado e de colocar as questões que considere pertinentes e que 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.

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 é prestada.

Aceito que os meus dados sejam utilizados no âmbito desta experiência e de estudos futuros que possam ser desenvolvidos dentro da mesma temática.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

BI/CC: \_\_\_\_\_

Código do participante no estudo: \_\_\_\_\_

(a preencher pelo investigador)

Assinatura do Participante

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.

Assinatura do Investigador

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_