

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery



NIHR | National Institute for
Health and Care Research



SurgWeek-2
Global Surgical Audit



GREENSURG



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

SurgWeek-2

Um estudo coorte global e colaborativo que avalia os resultados de doentes cirúrgicos.

Formulário de consentimento informado

#	Declaração (por favor leia na totalidade)	Participante (rubrique ou coloque a impressão digital em cada espaço)
1	Li / foi-me lida a Folha de Informação ao Doente relativa ao estudo acima indicado (datada de DD/MM/AAAA, versão ____) e tive a oportunidade de refletir sobre a informação e fazer questões.	
2	Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária e que posso retirar-me a qualquer momento, sem ter de indicar um motivo. Compreendo que a não participação não afetará os meus cuidados médicos futuros.	
3	Autorizo os investigadores a consultar o meu processo clínico para obter informação sobre os meus cuidados e a contactar-me no âmbito deste estudo.	
4	Dou o meu consentimento informado e explícito para que os meus dados sejam tratados no âmbito deste estudo. Concordo que a informação que me diz respeito, relacionada com o estudo, seja armazenada em sistemas informáticos protegidos por palavra-passe no meu hospital e também na Universidade de Birmingham, em Inglaterra. Consinto a que seja efetuada uma cópia de segurança num local separado, de modo a manter a minha informação em segurança.	
5	Consinto em participar neste estudo, tendo sido plenamente informado(a) sobre os riscos, os benefícios e as alternativas.	

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery



NIHR | National Institute for
Health and Care Research



SurgWeek-2
Global Surgical Audit



GREENSURG



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

Nome do participante	Nome do Investigador Principal / pessoa designada que recolhe o consentimento
Assinatura (ou impressão digital) do participante	Eu, abaixo-assinado(a), dediquei tempo a explicar plenamente ao doente acima identificado a natureza e a finalidade deste estudo, de uma forma que o/a doente pudesse compreender. Expliquei os riscos envolvidos, bem como os possíveis benefícios. Convidei-o(a) a colocar questões sobre qualquer aspeto do estudo que o(a) preocupasse.
	Assinatura do investigador
Data em que o formulário foi assinado (ou com impressão digital) pelo participante DD / MM / AAAA	Data em que o formulário foi assinado pelo investigador DD / MM / AAAA