|  |
| --- |
|  |

**COVIDSurg-Cancer: Resultados da cirurgia oncológica electiva durante a crise pandémica COVID-19: estudo coorte internacional, multicêntrico, observacional**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **#** | **(por favor leia)** | | **Participante**  *(iniciais ou impressão digital em cada caixa)* |
| 1 | Li/ foi-me lida informação referente ao doente participante do estudo (data  / / , versão\_\_\_\_) e foi-me dada a oportunidade de esclarecer a informação e fazer questões. | |  |
| 2 | Compreendi que a minha participação neste estudo é voluntária e que poderei desistir a qualquer altura sem necessitar de justificação. A minha desistência não terá implicações nos cuidados médicos que me serão oferecidos. | |  |
| 3 | Dou permissão aos investigadores/colaboradores para acederem ao meu processo clínico e contarem comigo para fazer parte do estudo. | |  |
| 4 | Dou o consentimento explícito e informado para que os meus dados sejam processados ​​como parte deste estudo. Compreendi que as informações que me dizem respeito e relacionadas ao estudo, são armazenadas em sistemas informáticos protegidos por senha no meu Hospital e também na Universidade de Birmingham, em Inglaterra. O backup será feito num outro local, de modo a manter as minhas informações em segurança. | |  |
| 5 | Consinto participar neste estudo após ter sido completamente informado(a) dos riscos, benefícios e alternativas. | |  |
|  | | | |
| **Nome do participante:** | | **Nome do Investigador Principal/Nome do colaborador que elabora o consentimento:** | |
| **Assinatura (ou impressão digital) do participante:** | | Eu, abaixo assinado, reservei tempo para explicar adequadamente ao doente supracitado, a natureza e o objetivo deste estudo de forma que ele pudesse compreender o mesmo. Expliquei os riscos envolvidos e os possíveis benefícios. Disponibilizei-me a responder a qualquer perguntar sobre o estudo. | |
| **Assinatura do colaborador(a):** | |
| **Data da assinatura (ou impressão digital) do participante:**  / / | | **Data da assinatura do colaborador(a):**  / / | |

3 cópias: 1 para o participante, 1 para o investigador principal e 1 para o hospital