

Responsável | Prof. Dr. Ricardo Taipa
Técnica Coordenadora | Inês Reis
Administrativa | Manuela Moreira

Unidade de Neuropatologia, Departamento de Neurociências
Centro Hospitalar Universitário de Santo António
Largo Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto
Telf: 913504401 | 222 077 50 | Ext: 1620
Email: geral@bancodecerebros.chporto.pt

Termo de consentimento informado

DOAÇÃO DE TECIDO CEREBRAL PARA INVESTIGAÇÃO

Eu, abaixo-assinado _____ fui informado de que o tecido cerebral doado se destina a estabelecer um diagnóstico e permitirá o estudo das alterações que ocorrem ao nível das células cerebrais, aumentando o conhecimento acerca da doença e promovendo o objetivo comum da comunidade científica que é a cura. Foi-me fornecido um folheto informativo mais extenso em suporte de papel.

Sei que uma parte do tecido vai ser utilizada para estudo diagnóstico, sendo os resultados comunicados ao médico assistente e familiar mais próximo. A outra parte vai ser armazenada, por um período mínimo de 20 anos, para ser utilizada posteriormente em estudos de investigação, eticamente aprovados, neste hospital, outras instituições nacionais ou estrangeiras. Sei ainda que alguns dos estudos que vão ser efetuados são estudos genéticos.

Sei que os dados clínicos poderão ser utilizados na investigação, sendo que me foi garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Seique este consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização poreste facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Nome do dador (Letras maiúsculas) _____

Data ___/___/___ _____

(Assinatura)

Nome do Médico Responsável (Letras maiúsculas) _____

Data ___/___/___ _____

(Assinatura)