**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE**

**Utilização de Máscaras XXX como sistema de VNI**

**ESTUDO XXXX**

**A preencher pelo Investigador**

Confirmo que expliquei ao participante ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, o objectivo e procedimentos do estudo científico no qual irá participar, tendo-lhe sido entregue folheto com informação complementar.

Investigador Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula Profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A preencher pelo participante ou seu representante legal**

Declaro que me foi explicado de forma clara e inteligível o objectivo e natureza da investigação, bem como procedimentos inerentes ao estudo, do qual recebi informação detalhada. Compreendi que a minha participação é voluntária podendo ser interrompida a qualquer momento e que esta decisão em nada afectará a prestação dos cuidados médicos de que necessito. Aceito ainda que caso venha a suspender a minha participação no estudo depois deste se ter iniciado, os dados entretanto recolhidos podem ser utilizados. Declaro ainda que me foram explicados benefícios desta investigação observacional, que estes foram por mim compreendidos e aceites, concordando em participar no estudo e autorizando a utilização dos meus dados clínicos para a investigação e eventual publicação futura dos mesmos.

Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Validade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_