

**Consentimento Informado**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dou o meu consentimento para que um artigo sobre mim/o(a) doente apareça numa publicação da página do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais.

Declaro que compreendo o seguinte:

* A autorização da publicação não terá qualquer implicação para mim/para o doente, sendo que terei acesso aos mesmos cuidados, quer autorize ou não. A minha colaboração é voluntária, não havendo qualquer sanção ou prejuízo caso não autorize.
* A publicação será feita sem o meu nome/o nome do(a) doente associado, de forma a garantir o anonimato. No entanto, é possível que alguma pessoa – por exemplo, alguém que me tenha prestado cuidados/tenha prestado cuidados ao(à) doente ou um familiar – possa reconhecer-me/o(a) doente.
* A publicação apresenta ou inclui detalhes sobre a minha condição clínica/condição clínica do(a) doente ou lesão e, eventualmente, sobre o prognóstico, tratamento ou cirurgia que eu/o(a) doente tenha tido ou possa ter no futuro.
* Posso revogar o meu consentimento em qualquer altura antes da publicação.

Autorizo que o Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais publique o artigo sobre mim/ o(a) doente

*Assinado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

Dados da pessoa que explicou e administrou o formulário

*Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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