

Formulário de consentimento de Paciente

**Para o consentimento de um(a) paciente para autorizar a publicação de imagens e/ou informação sobre ele/ela em publicações da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) revista RECET**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nome do(a) paciente:**Relação com o(a) doente (se o(a) doente não assinar este formulário):**Descrição da fotografia, imagem, texto ou outro material (****Material)*** *sobre o(a) doente.* ***Deverá ser anexa uma cópia do Material a este formulário****:**Título provisório do artigo no qual o Material será incluído:* |  |
|  |
|  |

***CONSENTIMENTO***

Eu *[NOME COMPLETO EM LETRA DE IMPRENSA]* dou o

meu consentimento para que o Material sobre mim/o(a) doente apareça numa publicação da SBU.

***Confirmo que eu:*** *(assinale as caixas para confirmar)*

* ***vi a fotografia, imagem, texto ou outro material sobre mim/o(a) doente***
* ***li o artigo a ser submetido à Revista eletrônica da Comissão de Ensino e Treinamento (RECET) da SBU***
* ***estou legalmente autorizado(a) a fornecer este consentimento.***

Compreendo o seguinte:

1. O Material será publicado **sem** o meu nome/o, no entanto, compreendo que não pode ser garantido o total anonimato. É possível que qualquer outra pessoa, em qualquer outro local – por exemplo, alguém que me tenha prestado cuidados/tenha prestado cuidados ao(à) doente ou um familiar – possa reconhecer-me como o(a) doente.
2. O Material pode apresentar ou incluir detalhes sobre a minha condição clínica/condição clínica do(a) doente ou lesão e qualquer prognóstico, tratamento ou cirurgia que eu/o(a) doente tenha, tenha tido ou possa ter no futuro.
3. O artigo pode ser publicado numa revista com distribuição mundial. As publicações da SBU são fornecidas principalmente a médicos e outros profissionais de saúde, mas são também consultadas por outras pessoas incluindo acadêmicos, estudantes e jornalistas.
4. O artigo, incluindo o Material, poderá ser alvo de um comunicado de imprensa e pode ser relacionado com atividades nas redes sociais e/ou outras atividades promocionais. Depois de publicado, o artigo será colocado num endereço da internet da SBU e poderá estar também disponível noutros sítios Web.
5. O texto do artigo será editado para verificação de estilo, gramática e consistência antes da publicação.

*Formulário de consentimento do(a) doente 031117 Baseado nos CI da BMJ*

1. Eu/o(a) doente não receberei/á qualquer benefício financeiro com a publicação do artigo.
2. O artigo poderá também ser usado integral ou parcialmente noutras publicações e produtos publicados pela SBU e/ou por outros editores. Isto inclui publicação em inglês e traduzida, impressa ou em formato digital e em quaisquer outros formatos que possam ser usados pela SBU ou outros editores agora e no futuro.
3. Posso revogar o meu consentimento em qualquer altura antes da publicação, mas depois de o artigo ter sido atribuído para publicação (“ser lançado”), não será possível revogar o meu consentimento.
4. Este formulário de consentimento será retido em segurança e de forma confidencial pelos autores de acordo com a legislação, por um período não superior ao necessário.

*Assinale as caixas para confirmar o seguinte:*

* + Autorizo que a SBU armazene os meus dados de contato com o único objetivo de me contatar, caso necessário, no futuro.
	+ Este consentimento é relacionado com um artigo da RECET que eu tive/o(a) doente teve a oportunidade de comentar sobre o artigo e estou satisfeito(a) que os comentários, se existentes, se tenham refletido no artigo.

|  |  |
| --- | --- |
| *Assinatura: Endereço:*  | *Nome em letra de imprensa:*  |
| *Endereço de e-mail:*  |
| *N.º de telefone:*  |

*Se assinar em nome do(a) doente, indique o motivo pelo qual o(a) doente não pode dar o consentimento (por exemplo, o(a) doente faleceu, tem menos de 18 anos ou tem défice cognitivo ou intelectual).*

*Data:*

* + *Se estiver a assinar por um familiar ou outro grupo, assinale a caixa para confirmar que todos os membros relevantes da família ou grupo foram informados.*

**Se o(a) doente for uma criança com mais de 7 anos de idade**, deverá também confirmar o seu consentimento:

|  |  |
| --- | --- |
| *Assinado:*  | *Nome em letra de imprensa:*  |
| *Data de nascimento:*  | *Data:*  |

**Dados da pessoa que explicou e administrou o formulário** ao(à) doente ou seu representante (por exemplo, o autor correspondente ou outra pessoa que tenha autoridade para obter o consentimento).

*Assinado:*

|  |
| --- |
| *Nome em letra de imprensa:*  |
| *Endereço:*  |
| *N.º de telefone:*  |

*Cargo: Instituição:*

*Endereço de e-mail: Data:*

*Formulário de consentimento do(a) doente 031117*

*Baseado nos CI da BMJ*