  

**Equipa do Estudo RAPTOR-C19**

Nuffield Department of Primary Care Health Sciences Radcliffe Primary Care Building - University of Oxford Woodstock Rd

Oxford OX26GG

Investigador Principal: Professor Richard Hobbs. E-mail: [RAPTOR@phc.ox.ac.uk](mailto:RAPTOR@phc.ox.ac.uk)

*Código do estudo: Código de ID do centro: Número de identificação do participante:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO: Testes Rápidos para a Covid-19 (RAPid Testing fOR Covid-19, RAPTOR-C19)**

*Nome do Investigador: Se estiver de acordo, rubrique a caixa*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Li e compreendi as informações do estudo e/ou compreendi as informações do estudo que me foram lidas (Versão 1.0, datada de 01/06/2020). Tive oportunidade de fazer perguntas  e de ter obtido, de forma satisfatória, as respostas a tais perguntas. |  | |
| 2. Compreendo que a participação do meu filho é voluntária e que pode sair a qualquer momento, sem fornecer nenhum motivo e sem que os seus cuidados de saúde ou direitos legais sejam afetados. |  | |
| 3. Concordo que o meu filho forneça amostras para esta investigação. Considero estas amostras uma oferta para a Universidade de Oxford e compreendo que nem o meu filho nem eu iremos receber qualquer benefício direto  pessoal ou financeiro por estas amostras. |  | |
| 4. Concordo que a equipa de investigação seja informada sobre os resultados dos testes  laboratoriais à COVID-19 do meu filho. |  | |
| 5. Compreendo que secções relevantes dos registos médicos e dos dados recolhidos pela equipa do estudo relativamento ao meu filho podem ser examinadas por indivíduos autorizados da Universidade de Oxford, de organizações do  NHS e por monitores da investigação. Autorizo que estes indivíduos tenham acesso aos registos da investigação do meu filho. |  | |
| 6. Concordo que as informações detidas e mantidas pela Public Health England e pelo NHS Digital  podem ser utilizadas para fornecer informações sobre o estado de saúde do meu filho. |  | |
| 7. Concordo que o meu filho participe neste estudo. |  | |
| Adicional e opcional |  | |
| 8. Concordo em ser contactado sobre estudos de investigação eticamente aprovados para os quais o meu filho possa ser elegível. Compreendo que o fato de concordar em ser contactado não obriga o meu filho a participar em  quaisquer outros estudos. | Sim | Não |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| *Nome da criança* | *Nome do pai (mãe)/tutor* |  | *Data* |
|  |  |  |  |
| *Nome da pessoa que obtém o consentimento* | *Data* |  |  |

Assinale se tiver sido respondido oralmente e documentado pela pessoa que obteve o consentimento

*\*1 cópia para o pai (mãe)/tutor; 1 cópia para o arquivo do centro do investigador; 1 cópia para ser guardada nos registos médicos (se o participante for um doente).*

Formulário de Consentimento Parental Versão/Data: 1/1 junho de 2020

Testes Comunitários Rápidos para a COVID-19 ID da IRAS: 284320

Investigador Principal: Prof Richard Hobbs Ref. Ética:

Página 1 de 1