

## CONSENTIMENTO INFORMADO

A sua decisão de participar ou não no estudo, não influenciará a relação habitual que tem com o seu médico, nem acarretará alterações no acesso ao tratamento e seguimento médicos. Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares previamente à sua participação, deverá contactar a entidade responsável pelo tratamento dos dados, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna- Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes cujos contactos são os seguintes:

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Rua da Tobis Portuguesa número 8, 2;  
1750-292 Lisboa -Portugal,  
Telf (+351) 21 752 0570,  
e-mail: [nedai@spmi.pt](mailto:nedai@spmi.pt)

Poderá ainda exercer o seu direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Protecção de Dados.

ID RIDAI \_\_\_\_\_ (a preencher pelo médico)

Nome do Participante:

\_\_\_\_\_

Nome do médico que obteve o consentimento informado:

\_\_\_\_\_

Número da cédula profissional: \_\_\_\_\_

Data de obtenção: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Compreendi o que me foi exposto e esclareci as minhas dúvidas.

Autorizo o registo dos meus dados clínicos no Ridai.pt.

Sim, autorizo

Não autorizo

Autorizo que todos os dados clínicos na posse deste serviço de doenças autoimunes sejam utilizados para fins de investigação clínica.

Sim, autorizo

Não autorizo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura legível do responsável pela inclusão)

(Assinatura do próprio participante)

Sugerimos-lhe que conserve esta cópia do documento, ficando a outra cópia na posse da instituição.