Afbeelding met tekening

Automatisch gegenereerde beschrijving

**CAPACITY- COVID**

**Formulário OPT-OUT**

**Uso de dados médicos**

No [*nome do hospital*], estão a ser realizadas investigações científicas para identificar novos e melhores tratamentos. Para que isto seja possível, queremos usar seus dados médicos. Aderimos à estrutura legislativa referente aos seus dados.

**Dados médicos**

Os dados médicos consistem em dados gerados durante exames, testes de diagnóstico e tratamentos médicos. Esses dados são coletados no seu registro eletrónico de saúde. Exemplos de dados médicos são:

* Nome de uma doença (diagnóstico)
* Tratamento médico e os resultados desse tratamento
* Fotografias raios-X / TC / RM
* Eletrocardiograma (ECG)
* Resultados de análises ao sangue

**Privacidade**

Os seus dados médicos são confidenciais e fazem parte da confidencialidade entre médico-paciente. Portanto, antes que possamos usar os seus dados médicos para pesquisas científicas, desfazemos todos os dados pessoais que possam ser usados ​​para identificá-lo. Em vez disso, usamos um código através do qual podemos rastrear a qual paciente os dados pertencem. A chave desse código é mantida em sigilo no seu hospital local. Somente o investigador principal do seu hospital terá acesso à chave, caso dados adicionais precisem ser coletados e / ou para verificar a qualidade dos dados. Dessa forma, mantemos os seus dados confidenciais e em conformidade com as leis que regem a privacidade dos mesmos.

**Resultados da pesquisa científica**

Não receberá diretamente informações sobre a pesquisa científica para a qual os seus dados médicos estão a ser usados. Se pretender obter informações sobre novas estratégias de tratamento, por favor consulte o seu médico assistente.

**Opt-out?**

Opõe-se ao uso dos seus dados médicos para pesquisas científicas e deseja optar por não participar? Nesse caso, por favor preencha este formulário de desativação. Ao optar por não participar, não usaremos os seus dados médicos para pesquisas científicas. A sua decisão não afeta os cuidados médicos que recebe como paciente.

Nome e iniciais: ……………………………………………………............……………….....................

Data de nascimento .………………………………………………......................................................

Sexo: ........................................................……………………………………………………………....

Número de Identificação do paciente …………………........…………...............................................

Optar por não participar: oponho-me ao uso dos meus dados médicos em pesquisas científicas.

Está a preencher este formulário como representante de um paciente que é incapaz de o fazer? Nesse caso, especifique de que forma está relacionado ao paciente.

Relação com o paciente: …………....…………………………………………………………………….

Local: …..……………………………………………………………………………………………………

Data: ……….................................................................................................................................…