**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Representante Legal**

Número de identificação do participante:

Título do ensaio: STOP-COVID19: **E**nsaio de **S**uperioridade da **I**nibição da **P**rotease na **COVID-19**

Investigador Principal: Prof. James Chalmers

Promotores: Universidade de Dundee e NHS Tayside

Rubricar caixa

1. Confirmo que li e compreendi a Ficha de Informação do Participante – Representante Legal versão .................... datada …………….. para o projeto acima. Tive a oportunidade de analisar as informações, de fazer perguntas e de ter obtido, de forma satisfatória, as respostas a tais perguntas.
2. Compreendo que a participação da pessoa a meu cargo/o meu familiar/ou a pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento é voluntária e que sou livre de optar que a pessoa a meu cargo/o meu familiar/ou a pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento deixe de participar a qualquer momento, sem dar qualquer razão e sem que os cuidados médicos ou direitos legais da pessoa a meu cargo/o meu familiar/ou a pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento sejam afetados.

3. Compreendo que as secções relevantes dos registos médicos e os dados da pessoa a meu cargo/o meu familiar/ou a pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento recolhidos durante o estudo poderão ser analisados por funcionários do Promotor (Universidade de Dundee/NHS Tayside) da organização do NHS ou das autoridades regulamentares/outras autoridades, quando tal for relevante para a sua participação nesta investigação. Autoriza que estes funcionários tenham acesso aos registos do doente.

4. Concordo que as informações confidenciais sobre a pessoa a meu cargo/o meu familiar/ou a pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento recolhidas para este ensaio possam ser utilizadas em futuras investigações médicas aprovadas eticamente, incluindo investigações com organizações comerciais. Qualquer informação que me identifique será removida antes de ser partilhada.

5. Concordo que quaisquer amostras de sangue, expetoração e esfregaços nasais da pessoa a meu cargo/do meu familiar/ou da pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento existentes após este ensaio poderão ser armazenadas e utilizadas para apoiar futuras investigações aprovadas eticamente, incluindo investigações com organizações comerciais. Qualquer informação que me identifique será removida antes de ser partilhada. Concordo em oferecer estas amostras aos Promotores.

6. Concordo que o médico de família da pessoa a meu cargo/do meu familiar/ou da pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento seja informado de que está a participar no ensaio.

1. Concordo que a pessoa a meu cargo/o meu familiar/ou a pessoa para a qual estou a dar o meu consentimento participe no ensaio acima.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Confirmo que sou o representante legal de: | | |
| Nome do participante (letra maiúscula) |  |  |
|  |  |  |
| Nome do representante legal (letra maiúscula) | Data | Assinatura |
|  |  |  |
| Relação com o participante |  |  |
|  |  |  |
| Nome da pessoa que obtém o consentimento (letra maiúscula) | Data | Assinatura |