**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Capacidade Recuperada**

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 – Capacidade Recuperada 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 minha participação é voluntária e que sou livre de sair a qualquer momento sem fornecer nenhum motivo. Isto não irá afetar os meus cuidados médicos nem os meus direitos legais.

3. Concordo que informações confidenciais sobre mim poderão ser partilhadas fora da minha equipa de cuidados médicos (ou da equipa de investigação) quando tal for necessário para a realização deste ensaio.

4. Concordo que as informações confidenciais sobre mim 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 o meu médico de família seja informado de que estou a participar no ensaio.

6. Concordo em ser contactado pelo Investigador e/ou equipa de investigação no futuro, quando eu for elegível para outros projetos (opcional). SIM/NÃO

1. Concordo em participar no ensaio acima referido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nome do participante (letra maiúscula) | Data | Assinatura |
|  |  |  |
| Nome da pessoa que obtém o consentimento (letra maiúscula) | Data | Assinatura |