



TNS Ilres

CON-VINCE CONSENT

Q001 - VBR: Intro ICQ

Caro Membro do Painel,

Muito obrigado pelo seu interesse neste estudo. Irá agora passar pelo Questionário do Consentimento Livre e Esclarecido. Neste questionário, vamos perguntar-lhe quanto quer participar no estudo. Tem a possibilidade de selecionar "Não", se não estiver de acordo com o pedido.

Lembrete: Com que base legal processamos os seus dados?

A utilização dos seus dados pessoais é necessária para cumprir com os objetivos do estudo que realizamos em execução da nossa missão de interesse público e para fins de investigação científica (art.º 6.1e e art.º 9.2j do RGPD).

Q002 - VBV: Informed Consent Form Part 1

Formulário de consentimento livre e esclarecido:

Validado pelo Prof. Dr. Rejko Krüger:

Assinatura:

Por favor leia cuidadosamente e com atenção antes de selecionar a sua resposta.

Declaro ter lido e compreendido as informações descritas no Questionário Informativo do Participante.

Compreendo de que tenho a possibilidade de descarregar uma cópia deste documento, assim como do Questionário Informativo do Participante.

Declaro ter recebido uma descrição clara do objetivo e da natureza do estudo e estou ciente do que é esperado de mim enquanto participante deste estudo.

Declaro ter tido tempo suficiente para refletir sobre este e para discutir com uma pessoa da minha escolha.

Compreendo a possibilidade de poder telefonar ao número descrito no Questionário Informativo do Participante para fazer todas as perguntas sobre o estudo que me ocorrerem.

Aceito que o meu médico de família seja informado sobre a minha participação neste estudo (no caso de não ter médico de família, escreva nenhum):

Nome e morada do médico de família:



Compreendo plenamente ser livre para sair do estudo a qualquer momento sem que seja necessário justificar a minha decisão, e sem sofrer qualquer prejuízo material ou moral. Informarei simplesmente a decisão ao Investigador Principal ou à equipa investigadora através das opções de contacto no topo do Questionário Informativo do Participante.

Compreendo que todas as informações pessoais recolhidas como parte deste estudo serão processadas de modo estritamente confidencial, de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (chamado RGPD) e com qualquer texto posterior que substitua ou complemente esse texto (em especial a lei de 1 de agosto de 2018, sobre a organização da Comissão Nacional para a Proteção de Dados e Atualização do RGPD).

Aceito que os resultados deste estudo sejam objeto de comunicações ou de publicações científicas. Estou ciente de que a apresentação dos resultados do estudo não pode em nenhum caso permitir a minha identificação direta ou indireta.

Consinto voluntariamente em participar neste estudo com base nas condições e modalidades descritas no folheto informativo anexo e entendi quais os tipos de dados que serão recolhidos durante este estudo.*

*Se seleccionar a opção "não", não é elegível para participar neste estudo.

- Sim, autorizo a participação neste estudo.
- Não, não autorizo a participação no presente estudo.

Q003 - VBZ: Informed Consent Form Part 2

Por favor, leia atentamente e com atenção antes de assinalar a sua resposta.

*Se seleccionar a opção "não", não é elegível para participar neste estudo.

	Sim	Não
Concordo que as minhas amostras serão recolhidas e doadas ao Luxembourg Institute of Health (LIH)/Integrated Biobank of Luxembourg (IBBL).*		



Autorizo que o LIH/IBBL, LCSB/UL a utilizarem as minhas amostras e dados sob forma de pseudónimo para investigações futuras no domínio das doenças infecciosas e da investigação imunológica.		
Aceito que os meus dados e as minhas amostras possam ser transferidos sob forma de anonima para fora da União Europeia onde a legislação em vigor relativa à proteção de dados pessoais possa ser menos estrita do que a da União Europeia		
Concordo em ser recontactado para uma possível participação em outros estudos no futuro		
Estou ciente de que nenhuma análise genética nas minhas amostras está prevista no quadro deste estudo, mas concordo com a análise genética por técnicas de Sequenciação de Geração Futura (NGS) nas minhas amostras numa alteração ao estudo primário, visando o COVID-19, sujeita à aprovação do Ministério da Saúde e do Comité de Ética (CNER) no Luxemburgo		
Estou ciente de que nenhuma análise genética nas minhas amostras está prevista no quadro deste estudo, mas concordo com a análise genética por técnicas de Sequenciação de Geração Futura (NGS) nas minhas amostras em projetos de investigação futuros relacionados com doenças infecciosas e imunologia sujeitos à aprovação do Ministério da Saúde e do Comité de Ética (CNER) no Luxemburgo		



TNS Ilres

CON-VINCE CONSENT

Em caso de descoberta fortuita de uma mutação germinal (mutações ou aberrações que podem não só afetar a minha saúde futura, mas também a dos meus filhos, irmãos/irmãs, pais, entre outros), consinto que essas informações me sejam comunicadas através do meu médico de família, para discutir as possíveis implicações e para ser encaminhado(a) a um geneticista local, se necessário.

Ao tomar a minha decisão, confirmo ter sido informado(a) e compreendo que o investigador não tem nenhuma obrigação de procurar ativamente mutações genéticas nas minhas amostras, e que a descoberta de tal mutação de forma alguma constituirá um diagnóstico. Será também nesse momento que serei contactado(a), se tiver marcado "sim" acima. Por fim, confirmo que fui informado (a) de que posso mudar a minha decisão a qualquer momento.

→ Consequências da minha decisão:

Se responder "não", não receberei qualquer informação relacionada a essas descobertas fortuitas e a minha família também não será informada.

Se responder "sim", serei informado(a) de descobertas fortuitas pelo meu médico de família/médico responsável pelo estudo/geneticista. Serei, então, convidado(a) a discutir as implicações possíveis e a ser encaminhado(a) a um geneticista local, se necessário.

Sim

Não

Q006 - VCB: Mutation 2

No caso em que identificarem uma mutação germinal e onde eu não estiver em condições de receber essa informação pessoalmente (incluindo se eu tiver falecido no momento em que a informação foi identificada), desejo indicar um membro da família (representante) a quem poderão ser comunicados esses resultados, que poderia discutir as implicações com o médico de família ou ser encaminhado (a) a um geneticista local.

Sim

Não

Q007 - VBX: Representative

Confirmou que no caso de identificação de uma mutação germinal e não possa receber esta informação pessoalmente, pretende designar um membro familiar (representante) a que esses resultados possam ser comunicados.

Qual é o nome do seu representante?

Q008 - VBY: Consent

Consinto livremente em participar neste projeto

Sim

Não

Para que possamos ligar as respostas do seu questionário às suas amostras biológicas, precisamos que nos forneça algumas informações pessoais. Assim que tiver feito a sua primeira visita para recolha de amostras, esta informação será eliminada dos servidores da TNS Ilres, e o LIH usará apenas informação pseudonimizada para realizar as suas análises.

Nome

Sobrenome

Data de nascimento

Número de telefone