



## Declaração de consentimento (consent form)

Para Recolha de Dados e Investigação Médica  
(For Data Collection and Medical Research)

O Serviço de Neurologia do Hospital de São João (SN-HSJ) pretende prestar cuidados de saúde segundo os mais altos padrões de qualidade científica, humana e ética. A investigação médica contribui para a qualidade destes serviços e a participação livre dos doentes neste processo é muito importante, pelo que solicitamos a sua participação nas iniciativas de investigação médica e científica do SN-HSJ. A recusa em participar nesta iniciativa não resultará numa alteração dos cuidados médicos que lhe serão prestados. A confidencialidade dos dados obtidos será assegurada em todas as circunstâncias.

The Department of Neurology of Hospital de São João (DN-HSJ) is committed to the caring of patients according to the highest scientific, human, and ethical standards. Medical research contributes to the quality of these services, and free patient involvement is very important. We hereby ask you to take part in the research initiatives carried out at the DN-HSJ. In case you choose not to participate, this will not affect the level of care provided to you. Confidentiality of data obtained will be assured in every circumstance.

Eu, PÁTIA RUDI MOREIRA SILVA autorizo a recolha e análise dos meus dados clínicos. Estes dados poderão ser utilizados para os seguintes fins: sessões educativas (com médicos, enfermeiros ou alunos de áreas relacionadas com a saúde), reuniões científicas e clínicas para discussão do diagnóstico e tratamento, e publicação em revistas científicas (esta ficará dependente da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João). Qualquer outra utilização dos dados para além das referidas fica dependente da minha autorização específica para a finalidade em causa.

I authorize the collection and analysis of my medical data. These data will be used for: educational sessions (with doctors, nurses, or students in areas related to healthcare), scientific and clinical meetings for discussing diagnosis and treatment, and publication in scientific journals (this latter will depend on the approval from the Ethics Committee of Hospital de São João). Utilization of data beyond the scope stated here depends on my specific approval.

Assinatura (signed):

Catequedinho

Data (date): 21/9/2020

Se aplicável (if applicable): Nome do representante do doente e relação com o mesmo (name of patient's representative and relationship): \_\_\_\_\_

Identificação do(a) doente (patient details, label if available):

Assinatura de quem recolhe o consentimento  
(signature of person getting the consent)

Daniel Furtado