

Consentimento Informado

REGISTO NACIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE OBESIDADE PEDIÁTRICA

Este documento pretende fornecer-lhe a informação essencial de que depende o seu acordo para a participação voluntária do seu filho no Registo Nacional de Crianças e Adolescentes seguidos em consulta de Obesidade Pediátrica.

O presente documento é um requisito necessário para essa participação. Pede-se que o leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e, se quiser participar, assine o documento. Leve o tempo que entender necessário para examiná-lo.

QUAL É O OBJECTIVO DO REGISTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE OBESIDADE PEDIÁTRICA?

As crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade necessitam de acompanhamento médico regular e têm maior risco de desenvolver doenças do foro cardiovascular, ortopédico e psicológico, entre outras. A obesidade pediátrica é uma doença recente, pelo que em alguns aspectos é pouco percebida e conhecida.

Como tal, a informação que presta ao seu médico é muito importante. O Grupo Nacional de Estudo e Investigação em Obesidade Pediátrica (GNEIOP), em ligação com o(s) pediatra(s) que o assiste(m), pretende melhorar a prestação dos cuidados ao seu filho bem como estudar e entender as causas responsáveis pela obesidade. Pretende ainda evitar, dentro do possível, a ocorrência das complicações da obesidade e, quando estas acontecem, pretende otimizar o seu tratamento. Pretende finalmente seguir a evolução das crianças e adolescentes portugueses com obesidade ao longo do seu crescimento, no sentido de perceber as consequências na saúde futura. Os resultados dos estudos resultantes destes objectivos serão fundamentais para que os médicos que cuidam destas crianças e adolescentes optimizem o tratamento prestado através de um maior conhecimento da doença mas sobretudo são importantes para os doentes que sofrem de obesidade ou das suas complicações.

Este registo encontra-se aprovado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados bem como pelo Comité de Ética do Hospital.

O QUE IMPLICA PARA MIM/PARA O MEU FILHO(A) A PARTICIPAÇÃO NESTE REGISTO?

Com o seu consentimento estará a dar autorização ao médico do seu filho(a) para fornecer dados clínicos respeitantes a ele, ao seu estado de saúde e aos tratamentos que está a fazer. Estes dados são anónimos e confidenciais, não o identificam e não serão analisados individualmente, mas agrupados com os dados de crianças e adolescentes com excesso de peso/obesidade, a nível nacional

Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares previamente à sua participação, poderá contactar:

Nome: _

E-mail / site: _

Nome do Participante: _____

Nome do médico que obteve o consentimento informado: _

Data de obtenção: 26-10-2018

Compreendi o que me foi exposto e esclareci as minhas dúvidas

Autorizo que todos os dados clínicos na posse deste Serviço de Pediatria sejam utilizados para fins de investigação clínica

☐ Sim, autorizo

☐ Não autorizo

(Assinatura legível do responsável pela inclusão)

(Assinatura do próprio participante/ representante legal)

Cópia para o médico

Consentimento Informado

REGISTO NACIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE OBESIDADE PEDIÁTRICA

Este documento pretende fornecer-lhe a informação essencial de que depende o seu acordo para a participação voluntária do seu filho no Registo Nacional de Crianças e Adolescentes seguidos em consulta de Obesidade Pediátrica.

O presente documento é um requisito necessário para essa participação. Pede-se que o leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e, se quiser participar, assine o documento. Leve o tempo que entender necessário para examiná-lo.

QUAL É O OBJECTIVO DO REGISTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE OBESIDADE PEDIÁTRICA?

As crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade necessitam de acompanhamento médico regular e têm maior risco de desenvolver doenças do foro cardiovascular, ortopédico e psicológico, entre outras. A obesidade pediátrica é uma doença recente, pelo que em alguns aspectos é pouco percebida e conhecida.

Como tal, a informação que presta ao seu médico é muito importante. O Grupo Nacional de Estudo e Investigação em Obesidade Pediátrica (GNEIOP), em ligação com o(s) pediatra(s) que o assiste(m), pretende melhorar a prestação dos cuidados ao seu filho bem como estudar e entender as causas responsáveis pela obesidade. Pretende ainda evitar, dentro do possível, a ocorrência das complicações da obesidade e, quando estas acontecem, pretende otimizar o seu tratamento. Pretende finalmente seguir a evolução das crianças e adolescentes portugueses com obesidade ao longo do seu crescimento, no sentido de perceber as consequências na saúde futura. Os resultados dos estudos resultantes destes objectivos serão fundamentais para que os médicos que cuidam destas crianças e adolescentes optimizem o tratamento prestado através de um maior conhecimento da doença mas sobretudo são importantes para os doentes que sofrem de obesidade ou das suas complicações.

Este registo encontra-se aprovado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados bem como pelo Comité de Ética do Hospital.

O QUE IMPLICA PARA MIM/PARA O MEU FILHO(A) A PARTICIPAÇÃO NESTE REGISTO?

Com o seu consentimento estará a dar autorização ao médico do seu filho(a) para fornecer dados clínicos respeitantes a ele, ao seu estado de saúde e aos tratamentos que está a fazer. Estes dados são anónimos e confidenciais, não o identificam e não serão analisados individualmente, mas agrupados com os dados de crianças e adolescentes com excesso de peso/obesidade, a nível nacional

Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares previamente à sua participação, poderá contactar:

Nome: _

E-mail / site: _

Nome do Participante: _____

Nome do médico que obteve o consentimento informado: _

Data de obtenção: 26-10-2018

Compreendi o que me foi exposto e esclareci as minhas dúvidas

Autorizo que todos os dados clínicos na posse deste Serviço de Pediatria sejam utilizados para fins de investigação clínica

☐ Sim, autorizo

☐ Não autorizo

(Assinatura legível do responsável pela inclusão)

(Assinatura do próprio participante/ representante legal)

Cópia para o doente

Consentimento Informado

REGISTO NACIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE OBESIDADE PEDIÁTRICA

Este documento pretende fornecer-lhe a informação essencial de que depende o seu acordo para a participação voluntária do seu filho no Registo Nacional de Crianças e Adolescentes seguidos em consulta de Obesidade Pediátrica.

O presente documento é um requisito necessário para essa participação. Pede-se que o leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e, se quiser participar, assine o documento. Leve o tempo que entender necessário para examiná-lo.

QUAL É O OBJECTIVO DO REGISTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE OBESIDADE PEDIÁTRICA?

As crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade necessitam de acompanhamento médico regular e têm maior risco de desenvolver doenças do foro cardiovascular, ortopédico e psicológico, entre outras. A obesidade pediátrica é uma doença recente, pelo que em alguns aspectos é pouco percebida e conhecida.

Como tal, a informação que presta ao seu médico é muito importante. O Grupo Nacional de Estudo e Investigação em Obesidade Pediátrica (GNEIOP), em ligação com o(s) pediatra(s) que o assiste(m), pretende melhorar a prestação dos cuidados ao seu filho bem como estudar e entender as causas responsáveis pela obesidade. Pretende ainda evitar, dentro do possível, a ocorrência das complicações da obesidade e, quando estas acontecem, pretende otimizar o seu tratamento. Pretende finalmente seguir a evolução das crianças e adolescentes portugueses com obesidade ao longo do seu crescimento, no sentido de perceber as consequências na saúde futura. Os resultados dos estudos resultantes destes objectivos serão fundamentais para que os médicos que cuidam destas crianças e adolescentes optimizem o tratamento prestado através de um maior conhecimento da doença mas sobretudo são importantes para os doentes que sofrem de obesidade ou das suas complicações.

Este registo encontra-se aprovado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados bem como pelo Comité de Ética do Hospital.

O QUE IMPLICA PARA MIM/PARA O MEU FILHO(A) A PARTICIPAÇÃO NESTE REGISTO?

Com o seu consentimento estará a dar autorização ao médico do seu filho(a) para fornecer dados clínicos respeitantes a ele, ao seu estado de saúde e aos tratamentos que está a fazer. Estes dados são anónimos e confidenciais, não o identificam e não serão analisados individualmente, mas agrupados com os dados de crianças e adolescentes com excesso de peso/obesidade, a nível nacional

Se subsistirem algumas dúvidas ou forem necessários esclarecimentos suplementares previamente à sua participação, poderá contactar:

Nome: _

E-mail / site: _

Nome do Participante: _____

Nome do médico que obteve o consentimento informado: _

Data de obtenção: 26-10-2018

Compreendi o que me foi exposto e esclareci as minhas dúvidas

Autorizo que todos os dados clínicos na posse deste Serviço de Pediatria sejam utilizados para fins de investigação clínica

☐ Sim, autorizo

☐ Não autorizo

(Assinatura legível do responsável pela inclusão)

(Assinatura do próprio participante/ representante legal)

Cópia para o processo clínico