

## Formulário de consentimento

Para o consentimento de um(a) doente para a publicação de imagens e/ou informação sobre este/esta em publicações da ARP Rheumatology.

Nome do(a) doente: \_\_\_\_\_

Relação com o(a) doente (se o(a) doente não assinar este formulário): \_\_\_\_\_

Descrição da fotografia, imagem, texto ou outro material (**Material**) sobre o(a) doente. \_\_\_\_\_

Título provisório do artigo no qual o Material será incluído: \_\_\_\_\_

---

### CONSENTIMENTO

Eu \_\_\_\_\_ [NOME COMPLETO EM LETRA DE IMPRENSA] dou o meu consentimento para que o Material sobre mim/o(a) doente apareça numa publicação da ARP Rheumatology.

**Confirmo que eu:** (assinale as caixas para confirmar)

- vi a fotografia, imagem, texto ou outro material sobre mim/o(a) doente**
- li o artigo a ser submetido à ARP Rheumatology**
- estou legalmente autorizado(a) a fornecer este consentimento.**

Compreendo o seguinte:

- (1) O Material será publicado sem o meu nome/o nome do(a) doente associado, no entanto, compreendo que não pode ser garantido o total anonimato. É possível que qualquer outra pessoa, em qualquer outro local – por exemplo, alguém que me tenha prestado cuidados/tenha prestado cuidados ao(a) doente ou um familiar – possa reconhecer-me/o(a) doente.
- (2) O Material pode apresentar ou incluir detalhes sobre a minha condição clínica/condição clínica do(a) doente ou lesão e qualquer prognóstico, tratamento ou cirurgia que eu/o(a) doente tenha, tenha tido ou possa ter no futuro.
- (3) O artigo pode ser publicado numa revista com distribuição mundial. As publicações da ARP Rheumatology são fornecidas principalmente a médicos e outros profissionais de saúde, mas são também consultadas por outras pessoas incluindo académicos, estudantes e jornalistas.
- (4) O artigo, incluindo o Material, poderá ser alvo de um comunicado de imprensa e pode ser relacionado com atividades nas redes sociais e/ou outras atividades promocionais. Depois de publicado, o artigo será colocado num sítio Web da ARP Rheumatology e poderá estar também disponível noutros sítios Web.
- (5) O texto do artigo será editado para verificação de estilo, gramática e consistência antes da publicação.

- (6) Eu/o(a) doente não receberei/á qualquer benefício financeiro com a publicação do artigo.
- (7) O artigo poderá também ser usado integral ou parcialmente noutras publicações e produtos publicados pela BMJ e/ou por outros editores. Isto inclui publicação em inglês e traduzida, impressa ou em formato digital e em quaisquer outros formatos que possam ser usados pela ARP Rheumatology ou outros editores agora e no futuro.
- (8) Posso revogar o meu consentimento em qualquer altura antes da publicação, mas depois de o artigo ter sido atribuído para publicação (“ser lançado”), não será possível revogar o meu consentimento.
- (9) Este formulário de consentimento será retido em segurança e de forma confidencial pela ARP Rheumatology de acordo com a legislação, por um período não superior ao necessário.

Assinale as caixas para confirmar o seguinte:

- Autorizo que a ARP Rheumatology armazene os meus dados de contacto (incluindo fora do EEE) com o único objetivo de me contactar, caso necessário, no futuro.
- Contanto que este consentimento é relacionado com um artigo em *ARP Rheumatology*, eu tive/o(a) doente teve a oportunidade de comentar sobre o artigo e estou satisfeito(a) que os comentários, se existentes, se tenham refletido no artigo.

Assinado: \_\_\_\_\_ Nome em letra de imprensa: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N.º de telefone: \_\_\_\_\_

Se assinar em nome do(a) doente, indique o motivo pelo qual o(a) doente não pode dar o consentimento (por exemplo, o(a) doente faleceu, tem menos de 18 anos ou tem défice cognitivo ou intelectual).

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

- Se estiver a assinar para uma família ou outro grupo, assinale a caixa para confirmar que todos os membros relevantes da família ou grupo foram informados.

---

**Se o(a) doente for uma criança com mais de 7 anos de idade**, deverá também confirmar o seu consentimento:

Assinado: \_\_\_\_\_ Nome em letra de imprensa: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

---

**Dados da pessoa que explicou e administrou o formulário** ao(à) doente ou seu representante (por exemplo, o autor correspondente ou outra pessoa que tenha autoridade para obter o consentimento).

Assinado: \_\_\_\_\_ Nome em letra de imprensa: \_\_\_\_\_

Posição: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_ N.º de telefone: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_