 ; ; 

**Modelo de Declaração do profissional de saúde que referencia os participantes para o ensaio clínico/projecto de investigação\*\***

 *(Se houver coincidência entre o profissional de saúde que referencia os participantes e o elo de ligação considera-se não ser necessário a apresentação deste modelo -* ***Modelo 5 CES/CE 2016****)*

|  |
| --- |
| *Instituição promotora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ensaio Clínico /Projecto de Investigação\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Investigador Principal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Contactos do Investigador Principal: e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;Telemóvel­/Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**Local(is) a realizar o(s) Ensaio(s) Clínico(s)/Projecto de Investigação\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

Num ensaio clínico/projecto de investigação\* que seja realizado em Instituição de Saúde, em que exista a necessidade de referenciação de participantes (ex. utentes), esta deve ser realizada por profissionais de saúde devidamente identificados pelo investigador principal, onde se garanta que essa referenciação foi feita com autorização, ainda que verbal, dos participantes.

A presente declaração é obrigatória, nos casos em que se aplica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Profissional de saúde), a desempenhar as funções de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (instituição de saúde), e colaborador ensaio clínico/projecto de investigação\* acima identificado, declaro que expliquei aos participantes por mim referenciados os motivos, métodos e pretensos objetivos do ensaio clínico/investigação\* em causa tendo os mesmos autorizado a respectiva referenciação.

(Local)………………………………………………………………………………… Data……/………/…………

**Assinatura (nº de cédula profissional)**

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

*(­­­­­­­­­­­­­-----------------------------------------)*