

Centro para Doenças Raras de Aachen
Centro de Genética Humana e Medicina Genómica

Análise de imagem assistida por computador no diagnóstico de doenças genéticas (PEDIA AC)

Declaração de consentimento

Li o material informativo sobre o estudo de investigação «Análise de imagem assistida por computador no diagnóstico de doenças genéticas» (abreviado: PEDIA AC), ou foi-me lido, e fui informado/a sobre os meus direitos enquanto titular dos dados. Tive a oportunidade de colocar questões, e todas as questões que coloquei foram respondidas de forma satisfatória. Tenho o direito de solicitar informações adicionais sobre o projeto em qualquer momento.

Consinto voluntariamente [em nome do meu filho/da minha filha / da pessoa ao meu cuidado] em participar neste estudo. Fui informado/a de que posso retirar o meu consentimento em qualquer momento e sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

Em caso de retirada do consentimento, todos os dados atribuíveis serão eliminados, e esta decisão não me afetará negativamente de forma alguma.

Estou disposto/a a participar no estudo e a disponibilizar os meus dados de imagem, bem como os meus dados clínicos e genéticos cifrados para este fim.

Compreendo que as imagens podem ser vistas por profissionais médicos e científicos que utilizam as bases de dados. Embora estas imagens sejam utilizadas sem informação de identificação, como o meu nome, compreendo que alguém me poderá reconhecer. Também aceito que as minhas imagens possam ser utilizadas para fins de formação para inteligência humana e artificial. Isto inclui a formação de estudantes de medicina e médicos residentes, bem como a aprendizagem automática.

[] Consinto voluntariamente na recolha e no tratamento dos meus dados pessoais conforme descrito acima. Fui suficientemente informado/a e tive a oportunidade de colocar questões. Fui informado/a sobre as consequências da revogação do meu consentimento de proteção de dados. Recebi as informações escritas e o formulário de consentimento.

Além disso, pedimos-lhe que assinale os pontos aplicáveis:

[] Consinto o acesso às imagens e aos dados não pessoais numa base de dados de análise de imagem assistida por computador por parte de profissionais médicos de outras instituições. Isto permite que os dados sejam também utilizados por outras instituições para comparações de semelhança dos seus pacientes e para o treino de algoritmos de inteligência artificial. Embora estas fotos sejam utilizadas sem informação de identificação, como o meu nome, compreendo que alguém me poderá reconhecer.

[] Aceito que as imagens publicadas numa base de dados por mim ou pelo meu filho/pela minha filha / pela pessoa ao meu cuidado possam ser utilizadas para fins de ensino e educação. Isto inclui a formação de estudantes de medicina e médicos residentes.

[] Aceito que as minhas imagens e dados possam ser adicionalmente publicados de forma anonimizada numa revista científica. Os meus dados pessoais estão sujeitos à legislação de proteção de dados.

[] Gostaria de ser contactado/a novamente se necessário para publicação em revistas científicas.

[] Este estudo poderá ser seguido de investigações científicas de acompanhamento. Aceito que possa ser contactado/a novamente para investigações científicas de acompanhamento se necessário.

Em caso de consentimento para ser contactado/a novamente para publicação em revista ou para investigações científicas de acompanhamento, por favor deixe os seus dados de contacto:

Dados de contacto para recontacto (nome, telefone / e-mail): _____

Paciente

Apelido: _____

Nome próprio: _____

Data de nascimento: _____

Signatário

Apelido: _____

Nome próprio: _____

Assinatura em nome de: _____

- ☐ Eu próprio
- ☐ Meu filho/a
- ☐ Pessoa a meu cargo

Local: _____

Data: _____

Assinatura