**Consentimento Informado**

Ex.mºs pais,

O meu nome é Maria Teresa Corga de Barros Lucas Dionísio e sou médica do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Venho por este meio pedir a V. Exa. que se digne a autorizar a realização da técnica não invasiva e segura de ecografia diafragmática ao (à) seu (ua) filho (a), de forma a conseguirmos avaliar um conjunto de parâmetros necessários para o estudo da disfunção diafragmática em crianças sob ventilação mecânica.

Este trabalho será realizado no âmbito da Tese de Mestrado da aluna Armanda João Gomes Rebelo, do Mestrado Integrado em Medicina, orientado por mim e coadjuvado pela Dr.ª Carla Pinto, ambas médicas do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Pediátrico de Coimbra.

O estudo em questão procura ajudar a compreender a utilidade da técnica de ecografia diafragmática na avaliação da relação unidirecional entre ventilação mecânica invasiva e disfunção diafragmática, em idade pediátrica.

A participação no estudo é, naturalmente, voluntária e anónima, não lhes sendo solicitada, em local nenhum, a indicação do nome. Para além disso, todos os dados referentes ao (à) seu (ua) filho(a) são estritamente confidenciais: ninguém terá acesso a eles, excetuando o investigador responsável. Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as informações médicas do(a) seu (ua) filho(a) neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas. É inteiramente livre de aceitar ou recusar que o(a) seu (ua) filho(a) participe neste estudo, podendo retirar o consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para a criança.

Comprometemo-nos desde já a realizar a avaliação apenas depois de autorizada, e, caso entenda necessário, prestando os esclarecimentos que pretender. Esperamos a sua melhor disponibilidade sobre o assunto, com a brevidade que lhe for possível.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Dionísio.

✀----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Por favor, preencher e devolver)

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a realização ao mesmo(a) da técnica de ecografia pulmonar para avaliação da disfunção diafragmática associada a ventilação.

**Assinatura do representante legal**

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