**Termo de Consentimento do I-DSD Registry**

**Gostaríamos de inserir algumas informações sobre a pessoa citada abaixo no I-DSD Registry**

**Esta informação nos permitirá**:

a. Partilhar informações sobre a pessoa com outros usuários registrados do I-DSD Registry

b. Planejar serviços

c. Ajudar no entendimento dessas condições raras

Você pode perguntar ao seu médico (detalhes abaixo) para saber mais sobre as informações que estão no registro

**Se alguma das seguintes situações se aplicar a você, por favor marque as opções e informe seu médico**

Eu li o texto com as informações sobre I-DSD Registry

Eu discuti minhas dúvidas sobre as informações a respeito do I-DSD Registry com o médico responsável pelo acompanhamento clínico da pessoa abaixo.

Estou de acordo com as informações serem armazenadas no I-DSD Registry e compartilhadas com outros profissionais de saúde no(a) {país / UE no caso de Portugal}

Estou de acordo com as informações serem armazenadas no I-DSD Registry e compartilhadas com outros profissionais de saúde fora do(a) {país /UE no caso de Portugal}.

Estou de acordo com as informações serem armazenadas no I-DSD Registry e compartilhado com pesquisadores previamente aprovados

Solicito acesso on-line ao I-DSD Registry para visualizar o registro da pessoa indicada abaixo

e-mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da pessoa que será registrada:

Nome do responsável legal da pessoa que será registrada (menores de 18 anos):

Endereço da da pessoa que será registrada:

Assinatura da pessoa que será registrada:

Assinatura do responsável legal da pessoa que será registrada (menores de 18 anos):

Data:

As informações da pessoa devem ser fornecidas para o I-DSD Registry pelo seguinte medico:

{Nome do Médico Responsável }

{Endereço do Hospital Local}

Assinatura do médico:

Por favor, mantenha uma cópia deste termo no prontuário e entregar uma cópia para a pessoa que assinou este formulário

O I-DSD Registry é mantido por:

**Dra Jillian Bryce (Administradora do Projeto)** Prof. S. Faisal Ahmed

**Queen Elizabeth University Hospital Campus**, Royal Hospital for Children,

**University of Glasgow, Glasgow, G51 4TF**, University of Glasgow, Glasgow, G51 4TF

**jillian.bryce@glasgow.ac.uk**  faisal.ahmed@glasgow.ac.uk