

## **Registro Retrospectivo de Ablação em Pacientes Pediátricos e Portadores de Cardiopatia Congênita na América Latina.**

### **CONSENTIMENTO PARA O USO DE DADOS PESSOAIS EM AVALIAÇÕES DE RESULTADOS DE SAÚDE**

A *Latin American Heart Rhythm Society* (LAHRS) é uma sociedade científica internacional, sem fins lucrativos, fundada em Montevideu em 20 de maio de 2017.

Convoca todos os médicos da América Latina dedicados ao estudo e tratamento das arritmias cardíacas. Tem como objetivo primordial o patrocínio de qualquer atividade que promova o progresso no campo das Arritmias Cardíacas, para obter os mais avançados conhecimentos científicos, médicos, diagnósticos, terapêuticos, farmacêuticos e novas tecnologias médicas (Ministério das Relações Exteriores RM nº 410/2017) .

Em cumprimento ao objetivo acima e em estrita conformidade com seus estatutos, desenvolve ações de estímulo ao estudo, pesquisa científica e educação continuada na área de Arritmias Cardíacas ( [https://lahrs.org/wp\\_lahrs/wp-content/uploads/2018/08/LAHRS\\_Statutes.pdf](https://lahrs.org/wp_lahrs/wp-content/uploads/2018/08/LAHRS_Statutes.pdf) )

Você foi convidado e aceito livremente para participar do “Registro Retrospectivo de Ablação em Pacientes Pediátricos e Pacientes com Cardiopatias Congênicas na América Latina”.

Ao participar dele, você será solicitado a inserir informações sobre pacientes e procedimentos realizados com eles. As informações exigidas não identificarão a pessoa em questão em nenhuma circunstância e em nenhum momento. Todos os dados são tratados anonimamente.

A informação recolhida e a que resultar da análise do registo serão utilizadas por técnicos e/ou pessoas ou entidades acadêmicas ou científicas do LAHRS devidamente endossadas pelo LAHRS, com o único objetivo de realizar trabalhos científicos e/ou comunicações, mantendo sempre a confidencialidade absoluta dos dados sensíveis.

Neste consentimento, você estabelece que os pacientes que você incluirá anonimamente no registro deram autorização ao seu centro para que suas informações sejam usadas da maneira acima mencionada. Também deverá ter sido informado que esta autorização pode ser revogada em qualquer momento e sem qualquer justificção, sem alterar a assistência prestada no seu centro.

Compreendi e posso consentir: AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

Nome e sobrenome: .....

Data: .... / .... / ..... ASSINATURA: .....