Descrição do Projeto:

Nome do Médico Responsável:

Instituição:

Contacto:

Nome do Investigador Responsável:

Instituição:

Contacto:

|  |
| --- |
| *Código do Projeto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *Data de entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_*  *(A ser preenchido pelo CHAIN)* |

1. ***INFORMAÇÃO SOBRE MATERIAL A DEPOSITAR:***

*Por favor, confirme toda a informação disponível*

|  |  |
| --- | --- |
| Aprovação de uma comissão de ética (Enviar cópia) | Sim- Não |
| Consentimentos informados assinados pelos dadores (Enviar cópia não assinada) | Sim- Não |
| Nº de Participantes |  |
| Nº e tipo de amostras (Ex: sangue (12) fezes (10)) |  |
| Descrição da Coleção (enviar documentos ou preencher este documento) | Sim- Não |
| Nível de acesso que se pretende dar às amostras /dados clínicos | Verde – vermelho – Amarelo |

**Obs: Em caso de reposta negativa, por favor justificar:**

1. **DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS DE COLHEITA E PROCESSAMENTO**
2. **CONDIÇÕES DE TRANSPOPRTE /ARMAZENAMENTO**
3. ***DESCRIÇÃO DOS DADOS CLÍNICOS (variáveis disponíveis)***
4. **DESCRIÇÃO DAS AMOSTRAS** (Caso as amostras já tenham sido colhidas. Caso a colheita ainda

não tenha sido feita esta tabela deve ser enviada mais tarde juntamente com as amostras.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO PACIENTE** | | | | | **DADOS DA COLHEITA** | | | | | |
| **ID PACIENTE** | **DATA NASCIMENTO** | **SEXO** | **DIAGNOSTICO** | **OUTRAS DOENÇAS** | **ID**  **AMOSTRA** | **DATA / HORA** | **TIPO AMOSTRA** | **ADITIVOS NO TUBO COLLECTOR** | **Nº ALIQUOTs** | **JEJUM (HORAS)/ MEDICAÇÃO RELEVANTE** |
| **(volume)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |