Obs. Este termo deverá ser usado como modelo e deverá ser alterado e adaptado de acordo com a natureza do relato de caso.

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RELATO DE CASO

# MODELO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS

Título da pesquisa:

Pesquisador(a) Responsável:

Telefone(s) de contato:

 E-mail:

1. Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estou sendo convidado (a) a permitir que o caso clínico de meu(inha) filho (a) seja estudado e publicado pelos pesquisadores ........................................................................., na forma de relato de caso, em encontros científicos e acadêmicos além de possível publicação em revista científica;
2. O objetivo dessa pesquisa é ... (incluir o objetivo da pesquisa: relatar um caso raro ou relatar uma manifestação rara de um caso comun...);
3. A participação de meu (inha) filho(a) incluirá .... (descrever todo envovimento com o paciente) sugestões a seguir: responder às perguntas feitas pelos pesquisadores para fornecer informações acerca da história clínica da minha doença, autorizar a coleta dos dados dos resultados de exames que realizei e das informações contidas na cópia do meu prontuário médico sobre a minha doença. Permitir o uso de imagens, desde que estas sejam apenas para fins científicos e sem ser possível a minha identificação pessoal (no caso de uso de imagens ressaltar o uso de tarjas);
4. Ao participar desta pesquisa a (o) Sra. (Sr.) bem como seu (ua) filho (a) podem não ter nenhum benefício direto. Entretanto, as informações adquiridas poderão proporcionar um maior conhecimento dos aspectos relacionados à sua condição clínica e com isso contribuir com a literatura médica para que o estudo deste caso possa beneficiar além de você outros pacientes e possíveis benefícios da realização desse estudo, quando existirem, serão compartilhados e discutidos comigo;
5. Os riscos ou desconfortos que podem ocorrer, se eu concordar que meu(inha) filho(a) participe deste estudo, estão relacionados ... (descrever claramente os riscos), além disso posso criar expectativas de que essa pesquisa possa melhorar a condição clínica de meu(inha) filho(a). Fui informado (a) também que minha identidade e de meu(inha) fihlo(a) não serão reveladas, ou seja, nossos dados pessoais não irão aparecer na divulgação desse trabalho;
6. Estou ciente de que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e, portanto, esta pesquisa não oferece riscos à dignidade de meu(inha) filho(a). Ao participar não sofreremos nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
7. Tenho liberdade de não querer participar desse estudo agora ou em qualquer parte da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderei pedir mais informações sobre este estudo através do telefone dos pesquisadores;
8. Não terei nenhum tipo de despesa se escolher participar desta pesquisa e também não terei nenhum ganho material por aceitar participar. Se por causa dessa pesquisa eu tiver alguma despesa essa será reembolsada pelos responsáveis por essa pesquisa;
9. Qualquer dúvida quanto aos direitos de meu filho(inha) partiticipante desta pesquisa, ou se sentir que fomos colocados em riscos não previstos, eu poderei contatar um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos para esclarecimentos. Abaixo informações do CEP referência dos pesquisadores.

# CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Esclareço que li as informações acima, recebi as explicações sobre a natureza, os riscos e benefícios da pesquisa. Comprometo-me a colaborar voluntariamente autorizando meu(inha) filho (a) e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar duas vias deste termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma via deste termo me foi dada e a outra arquivada.

Nome do Responsável pelo participante:

Assinatura do Responsável pelo participante: CPF: Data / /

Nome do pesquisador responsável: Assinatura do pesquisador responsável (quando aplicável): CPF: Data / /

No caso do projeto ter sido avalliado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) favor informar os dados do CEP.

Identificação do CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço do CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone do CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_