Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa científica realizada pelo **NOME DA INSTITUIÇÃO.** Primeiro, gostaríamos de esclarecer que esta participação é inteiramente voluntária, isto é, você pode optar por não participar ou se retirar a qualquer momento do estudo.

Você não será remunerado para participar desse projeto, porém não haverá qualquer despesa para você.

A sua identidade estará protegida o tempo todo. Sinta-se à vontade para discutir qualquer dúvida ou preocupação de ordem médica ou pessoal com a equipe médica, científica ou de apoio, antes de fornecer seu consentimento.

Abaixo descreveremos o projeto de pesquisa, que se trata de um relato de caso. Por favor, leia com atenção e tire suas dúvidas com o(a) pesquisador(a) responsável.

## Objetivo do estudo

O objetivo deste consentimento é obtermos a sua autorização para que possamos apresentar e discutir os resultados obtidos após dados provenientes de seu acompanhamento com outros médicos, e assim todos poderem conhecer melhor esta forma de cuidar de pacientes. Se você aceitar consentir, suas informações já coletadas serão analisadas e preparadas para publicação em revistas médicas ou apresentação em congressos médicos.

**Justificativa**

Após tratamento/ procedimento realizado (especificar o diagnóstico, medicamento utilizado...) gostaríamos de compartilhar os dados e conclusões obtidas no congresso/ revista XXXXXXX a ser apresentado como relato de caso. É garantido ao participante privacidade e confidencialidade dos dados, quaisquer informações apresentadas em congresso ou publicada em revista não identificarão você, respeitando seu sigilo e confidencialidade.

**Procedimentos**

**A sua participação envolverá:**

(1) leitura e assinatura deste documento;

(2) entrevista com o pesquisador responsável;

(3) será necessário utilizar de imagens? Em caso afirmativo, este item deverá constar de forma clara e afirmativa;

(4) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**Riscos**

Considera-se muito baixo o risco de sua participação neste estudo, já que não haverá nenhum novo contato direto com você, nem nenhuma intervenção ou alteração no seu tratamento, os riscos são principalmente relacionados à perda de sigilo de suas informações. Os pesquisadores tomarão todos os cuidados para minimizar estes riscos. Todas as informações coletadas pelo estudo são confidenciais, ou seja, em nenhum momento você ou seus dados serão identificados por pessoas que não sejam do estudo.

**Benefícios**

Ao participar deste estudo você não terá nenhum benefício em autorizar o uso de suas informações para publicações ou apresentações, mas há a chance do benefício coletivo, pois através dos resultados compartilhados com outros médicos será possível auxiliar na prática clínica com outros pacientes.

**Ressarcimento**

Não há despesas pessoais para o participante ao participar do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional para o paciente ou acompanhante, que seja decorrente da participação desta pesquisa, ela será absorvida. O participante receberá assistência integral e imediata de forma gratuita e pelo tempo que for necessário em caso de dano ocasionado pela participação nesta pesquisa. O participante tem direito a indenização em caso de danos decorrentes de sua participação neste estudo.

## Sigilo e Privacidade

A sua identidade estará protegida o tempo todo. As informações coletadas durante a sua participação serão analisadas em conjunto com as informações dos outros participantes. O seu consentimento permite o uso dos dados coletados apenas para pesquisa científica e educação. Todos os dados relativos à sua participação serão mantidos em local reservado e seguro. Os dados poderão ser discutidos com pesquisadores de outras instituições e publicados em revistas científicas, ou fazerem parte de material educacional, porém nenhuma informação privada, ou que possa levar à identificação dos participantes será fornecida a terceiros

Você é livre para parar sua participação a qualquer momento sem nenhuma penalização ou prejuízo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a representantes deste estudo, **NO ENDEREÇO XXXXX, TELEFONE**

- **XXXXX, FUNÇÃO, e-mail: XXXXX TELEFONE 24 HORAS**

A equipe pode ser contatada a qualquer momento para tirar qualquer dúvida ou para obter atualização sobre os resultados parciais da pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que aprovou esse estudo:

- **NOME DO COMITÊ DE ÉTICA VINCULADO AO CENTRO COM ENDEREÇO, TELEFONE E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**

**Consentimento para participar deste estudo**: Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do estudo acima citado. As etapas do estudo ficaram claras para mim e concordo voluntariamente em participar do mesmo. Recebi uma via assinada deste consentimento livre e esclarecido e estou ciente de que a minha assinatura neste termo, como participante, não significa que estou renunciando aos meus direitos legais, de acordo com as leis vigentes no Brasil.

|  |
| --- |
| **COMPLETE OS ITENS ABAIXO:** |
| Eu li este termo ou o mesmo foi lido para mim, compreendi as explicações sobre este estudo e me foi dada a chance de discutir e fazer perguntas para esclarecer dúvidas. Forneço aqui o meu consentimento para que meu caso seja relatado para população científica.    Nome do(a) participante da pesquisa (por extenso)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) participante Data |
| Nome do(a) investigador(a) (por extenso)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) investigador(a) Data |
|  |