

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisador:

Telefone para contato: (21)

Prezado (a) participante/responsável,

Você está sendo convidado a participar do estudo e/ou pesquisa denominado “XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX: relato de caso clínico”. Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população.

Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em prontuários.

Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato.

Sua participação ou de seu filho no estudo não implicará em custos adicionais e não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Sua participação ou de seu filho é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cep.iff@fiocruz.br - Telefones: (21) 2554-1730 / (21) 2554-1991).

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Eu, _____,
autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Autorizo por meio deste documento o uso de:

Imagem (fotos ou vídeos do participante), sem identificação

() Sim () Não

Exames de Imagem como radiografias, ultrassonografias, ecocardiograma, tomografia, etc

() Sim () Não

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data: ____/____/____

Telefone: () _____