

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a autorizar o registro para publicação de um relato de caso científico sobre as informações de sua história clínica, exames de sangue e/ou radiológicos e/ou histopatológicos relacionados às suas condições de saúde **(citar apenas o que for realmente analisado no relato de caso)**. O objetivo é relatar o caso sob o título **(inserir título em português)**. Neste relato pretende-se realizar uma discussão aprofundada a respeito dos seguintes aspectos encontrados: **(inserir a motivação do relato)**. Além disso, será realizada revisão da literatura para comparação dos dados do seu caso com outros semelhantes já relatados. Este relato contribuirá para divulgar no meio científico **(incluir a importância do relato para revista científica ou publicação em evento científico)**. Os riscos envolvidos neste tipo de relato são mínimos, tendo em vista que vamos tratar os dados constantes de sua ficha médica com rigor ético, preservando o sigilo das informações e garantindo o sigilo de seu nome e utilizando as informações clínicas e exames complementares somente para os fins acadêmicos e científicos, desta forma atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466 de dezembro de 2012 e Carta Circular 166/2018 do Conselho Nacional de Saúde). Na publicação deste relato, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta da publicação em meio científico de sua doença, o Senhor tem assegurado o direito a indenização **(informar quem será o responsável pela indenização)**. O Senhor (a) será esclarecido (a) sobre a proposta de publicação em qualquer aspecto que desejar e estará livre para autorizar ou retirar a autorização, retirando seu consentimento a qualquer momento. A sua autorização é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Senhor (a) é atendido (a) pelo pesquisador e pelo serviço de saúde. O artigo, quando encaminhado à publicação, estará à sua disposição. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados, imagens e laudos utilizados na elaboração deste relato, caso não estejam disponíveis no prontuário do hospital, ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Senhor (a).

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do relato de minha doença, através do título: **(inserir título em português)**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de autorizar publicação se assim o desejar.

Declaro que autorizo a publicação do relato. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ubá, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do (a) paciente

Data

Nome e assinatura do (a) pesquisador

Data

Nome e assinatura da testemunha

Data

Pesquisador responsável: **Preencher com os dados do pesquisador responsável**

Endereço: **Preencher com os dados do pesquisador responsável**

Contato: **Preencher com os dados do pesquisador responsável / Número pessoal**

E-mail: **Preencher com os dados do pesquisador responsável / E – mail pessoal**

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do UNIFAGOC – CEP/UNIFAGOC

Rua Dr. Adjalme da Silva Botelho, nº:20, sala 100/01, campus UNIFAGOC, Bairro: Seminário;

Contato: (32) 3539 5600 ramal: 287 E-mail: cep@unifagoc.edu.br