

O MODELO DE TCLE DESCRITO ABAIXO NÃO É A ÚNICA FORMA DE SE REDIGIR O DOCUMENTO, NELE ESTÃO INCLUÍDOS OS PONTOS ESSENCIAIS OBRIGATÓRIOS PARA QUE ESTE DOCUMENTO TENHA VALIDADE. ESTÃO GRIFADOS E EM CAIXA ALTA AS ORIENTAÇÕES QUE DEVEM SER PREENCHIDAS PARTICULARMENTE POR CADA PESQUISADOR.

O TERMO DEVE SER IMPRESSO EM DUAS VIAS, SENDO UMA VIA PARA POSSE DO PARTICIPANTE DE PESQUISA E A OUTRA PARA O PESQUISADOR RESPONSÁVEL. TANTO O PARTICIPANTE DE PESQUISA QUANTO O PESQUISADOR RESPONSÁVEL DEVERÃO RUBRICAR TODAS AS FOLHAS DO TCLE, DANDO SUA ASSINATURA NA ÚLTIMA PÁGINA, AS PÁGINAS DE ASSINATURA DEVEM ESTAR NA MESMA FOLHA.

MODELO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATO DE CASO CLÍNICO

Prezado Sr. (a), você está sendo convidado a participar do estudo e/ou pesquisa do tipo relato de caso clínico. **(COLOCAR O NOME DO PROJETO EM LINGUAGEM CLARA)**, inserindo no fim do título “RELATO DE CASO CLÍNICO”.

Para tal, pedimos a sua autorização para consulta e utilização dos seus dados clínicos registrados em seu prontuário, bem como resultados de exames laboratoriais, radiológicos, exames de imagem e/ou lâminas histológicas de seu caso clínico (EM CASO DE FOTOGRAFIAS, VOZ E OU VÍDEOS – INCLUIR), para apresentação do mesmo, em encontros científicos, seminários, reuniões de especialistas, e/ou publicações do caso em revistas científicas ou livros como “relato de caso”.

O objetivo de relatar seu caso é discutir os detalhes e características do mesmo com profissionais de saúde e especialistas, ampliando assim o conhecimento adquirido para melhorar as condições de tratamento, saúde e qualidade de vida da população.

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

A sua participação (EM CASO DE MENORES E/OU INCAPAZES ADAPTAR PARA OS RESPONSÁVEIS LEGAIS), é voluntária, não implicando em quaisquer custos para você ou sua família, bem como também não te trará nenhuma vantagem financeira e o senhor (a) poderá a qualquer tempo se recusar a participar deste estudo não acarretando nenhuma penalidade ou modificação na sua forma de atendimento.

O RELATO DE CASO estará a sua disposição quando finalizado.

Este termo está impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo Pesquisador Responsável e a outra será entregue ao Senhor (a).

Eu _____, portador do documento de identidade _____, fui informado (a) a respeito do objetivo deste relato de caso de maneira clara e detalhada, esclarecendo todas as minhas dúvidas, sabendo que a qualquer momento poderei solicitar ao Pesquisador Responsável mais informações. Declaro que autorizo a consulta e utilização dos dados clínico-laboratoriais do meu caso, declaro ainda que recebi uma via assinada e datada deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome e assinatura do participante e ou responsável legal

Data: _____

Prezado participante, outra maneira de satisfazer suas dúvidas quanto a estudos de relato de caso clínico, é entrar em contato com o nosso Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. Trata-se de um setor que tem a finalidade de proteger o participante de pesquisa de qualquer risco envolvendo pesquisas, além de esclarecer qualquer dúvida sobre a sua participação.

O contato pode ser feito pelos meios abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa – Grupo Santa Casa BH
Rua Álvares Maciel 611 - Santa Efigênia - BH -30150-250
comitedeetica@santacasabh.org.br - (31) 3238.8933

Belo Horizonte, xxx de xxx 20xx

Nome do pesquisador: **(INSERIR O NOME DO PESQUISADOR E DO ALUNO
(EM CASO DE PROJETO ORIENTADO))**

Telefone: **(INSERIR O TELEFONE DO PESQUISADOR – ORIENTADOR E
ALUNO)**

Rubrica do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____



E-mail: **(INSERIR O EMAIL DO PESQUISADOR)**

Eu, **(NOME DO PESQUISADOR)**, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e na resolução 466/12.

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Data:

Rubrica do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____