

Título do Estudo: **INSERIR TÍTULO DO RELATO DE CASO**

Pesquisador Responsável: **INSERIR PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um RELATO DE CASO. Esse tipo de pesquisa é importante porque destaca alguma situação incomum e/ou fato inusitado do comportamento de uma doença e/ou outra condição clínica. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o relato de caso e solicitar a sua permissão para que o mesmo seja publicado em meios científicos como revistas, congressos e/ou reuniões científicas de profissionais da saúde ou afins.

O objetivo desta pesquisa é relatar um caso e/ou situação clínica específica que ocorreu, a saber, **[DESCREVER DE MANEIRA SUCINTA, CLARA E OBJETIVA O DIFERENCIAL DO RELATO DE CASO]**.

Se o(a) Sr.(a) aceitar esse relato de caso, os procedimentos envolvidos em sua participação são **[DESCREVER DE FORMA CLARA, COM LINGUAGEM SIMPLES E ACESSÍVEL AO PARTICIPANTE, TODOS OS PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS NA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA, INCLUSIVE CONSULTA AO PRONTUÁRIO E TEMPO MÉDIO DA ENTREVISTA, SE HOUVER, OU DE PERMANÊNCIA DO PARTICIPANTE DURANTE A PESQUISA, INCLUINDO SE HAVERÁ FOTOS OU IMAGENS PARA ILUSTRAR O RELATO DO CASO. ESPECIFIQUE QUE PARTES DO CORPO SERÃO FOTOGRAFADAS]**.

A descrição do relato de caso envolve o risco de quebra de confidencialidade (algum dado que possa identificar o(a) sr(a) ser exposto publicamente). Para minimizar esse risco, NENHUM DADO QUE POSSA IDENTIFICAR O(A) SR(A) COMO NOME, CODINOME, INICIAIS, REGISTROS INDIVIDUAIS, INFORMAÇÕES POSTAIS, NÚMEROS DE TELEFONES, ENDEREÇOS ELETRÔNICOS, FOTOGRAFIAS, FIGURAS, CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS (partes do corpo), entre outros serão utilizadas sem sua autorização. Fotos, figuras ou outras características morfológicas que venham a ser utilizadas estarão devidamente cuidadas (camufladas, escondidas) para não identificar o(a) sr.(a). **[CASO ALGUMA IMAGEM IDENTIFIQUE O PARTICIPANTE, COMO POR EXEMPLO, IMAGENS DE LESÕES EM FACE, QUE SÃO ESSENCIAIS PARA O RELATO DE CASO, ISSO DEVE ESTAR CLARAMENTE DESCRITO NO TCLE E O PARTICIPANTE DEVE AUTORIZAR.]**

Contudo, este relato de caso também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são **[DESCREVER DE FORMA CLARA, COM LINGUAGEM SIMPLES E ACESSÍVEL AO PARTICIPANTE, TODOS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ENVOLVIDOS NA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA. CASO OS BENEFÍCIOS SEJAM INDIRETOS, INFORMAR QUE A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA NÃO TRARÁ BENEFÍCIOS DIRETOS AOS PARTICIPANTES, PORÉM, CONTRIBUIRÁ PARA O AUMENTO DO CONHECIMENTO SOBRE O ASSUNTO ESTUDADO, E, SE APLICÁVEL, PODERÁ BENEFICIAR FUTUROS PACIENTES. DEIXAR CLARO COMO SERÁ O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR À PESQUISA CONSIDERANDO OS BENEFÍCIOS DA MESMA, CASO HAJA.]**

Rubrica do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Impressão digital



Rubrica do responsável legal do participante, quando necessário: \_\_\_\_\_

Impressão digital

\_\_\_\_\_



Rubrica do responsável pela pesquisa \_\_\_\_\_

Sua participação neste relato de caso é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a realização do relato de caso, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação neste relato de caso e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá receber por despesas decorrentes de sua participação [ex.: despesas de transporte e alimentação. Descrever como será feito o reembolso.] Essas despesas serão pagas pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante deste relato de caso, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e pelo tempo que for necessário. Garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com o relato de caso, conforme especifica a Carta Circular nº 166/2018 da CONEP.

É garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o relato de caso e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável [inserir nome do pesquisador responsável, ou seja, o mesmo cadastrado na Plataforma Brasil], pelo telefone [inserir telefone], endereço [inserir endereço físico com horários de atendimento, de preferência] e/ou pelo e-mail (e-mail do pesquisador responsável), com o pesquisador [inserir nome de outro pesquisador, opcional], pelo telefone [inserir telefone] e pelo e-mail (e-mail do pesquisador) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa PARA ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE OS SEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA você deve entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais**. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado composto por pessoas voluntárias, com o objetivo de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/AEBMG é diretamente vinculado à Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais. Você também pode fazer denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo.

**Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais (CEP/AEBMG):**

*Endereço:* Rua Dr. Alípio Goulart, nº 25. Bairro: Serra.

*Telefone:* (31) 2138-8371

*Horário de funcionamento:* segunda-feira a sexta-feira de 08:00 hs às 13:00 hs ao público em geral e de segunda-feira a sexta-feira de 14:00 hs às 17:00 hs para os pesquisadores responsáveis.

*E-mail:* cep@aebmg.org.br

Nos casos em que o protocolo de pesquisa também será avaliado pela CONEP, informar o endereço, horário de funcionamento e formas de contato: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Edifício PO 700 - Quadra 701 – Lote D – 3º andar – Asa Norte, CEP 70750-521, Brasília (DF)

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Após ter lido, discutido e entendido este Termo de Consentimento; após ter recebido esclarecimentos sobre o motivo da pesquisa, seus objetivos, procedimentos, benefício, potenciais riscos e incômodos que esta possa acarretar a você; após todas as suas dúvidas serem esclarecidas, se aceitar participar da pesquisa, por gentileza, preencha os campos abaixo.

Será fornecido a você uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por você, tendo todas as folhas por nós rubricadas.

### Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: "XXXXXXXXXXXXXXXX".

_____ Nome do participante da pesquisa ou responsável	
_____ Assinatura do participante da pesquisa ou responsável	Data: ____/____/____

Eu, [nome do pesquisador responsável], declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do investigador principal	
	Data: ____/____/____