



## **C E P A S**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

**Universidade Federal do Rio Grande**

Hospital Universitário - Centro - Rio Grande, RS.

E-mail: [cepas@furg.br](mailto:cepas@furg.br) Telefone: 32374652

Homepage: [www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

### **MODELO - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

- 1 – Título do projeto;
- 2 – Desenho do estudo e objetivo(s) “essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa.....”; ou “o objetivo deste estudo é.....”;
- 3 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros;
- 4 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados – coleta de sangue por punção periférica da veia do antebraço; exames radiológicos(se for o caso);
- 5 – Descrição dos desconfortos e riscos(para o sujeito) esperados nos procedimentos dos itens 3 e 4;
- 6 – Benefícios para o participante (Por exemplo: Não há benefício direto para o participante... Trata-se de estudo experimental testando a hipótese de que..... Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício...;
- 7 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar;
- 8 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr (preencher o nome do pesquisador principal). que pode ser encontrado no endereço (institucional) Telefone(s) e-mail..... Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa entrar em contato com ( pesquisador responsável).
- 9 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
- 10 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;
- 11 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- 12 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- 13 – Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.



## CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

**Universidade Federal do Rio Grande**

Hospital Universitário - Centro - Rio Grande, RS.

E-mail: [cepas@furg.br](mailto:cepas@furg.br) Telefone: 32374652

Homepage: [www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

14 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo” .....

Eu discuti com o Dr. (preencher o nome do pesquisador principal). sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Assinatura do paciente/representante

legal

Data     /     /

----- Assinatura da

testemunha

Data     /     /

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

----- Assinatura do

responsável pelo estudo

Data     /     /