

PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

(As instruções em vermelho devem ser retiradas/substituídas antes da impressão)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(maiores de 18 anos)

OBS: numerar todas as folhas do TCLE; no momento da aplicação do TCLE, todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa, assim como a via que ficará em poder do pesquisador.

(inserir título do projeto)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós.

Eu,(inserir nome e profissão), residente e domiciliado(a) na, portador(a) da Cédula de Identidade, RG, inscrito(a) no CPF/MF....., nascido(a) em ____/____/____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo “**Título**”(inserir novamente o título), e esclareço que obtive todas as informações.

Estou ciente de que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam descobrir as possíveis causas da doença denominada;
(se tiver coleta de sangue colocar os itens II e III. Caso contrário, escrever de que forma será feita a administração do remédio, se houver e, neste caso, incluir os itens IV e V).
- II) Serão feitas coletas de ____ ml. de sangue, no período/intervalo de.....(dias/meses);

Rubricas

Participante

Pesquisador

- III) Essa(s) coleta(s) serão feitas apenas para este estudo e em nada influenciará (influenciarão) o meu tratamento; não vai (vão) me curar; não vai (vão) me causar nenhum problema, exceto o pequeno incômodo de dor no momento da coleta (introdução da agulha para retirada do sangue);
- IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- VI) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa
() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VIII) Caso tenham sido tiradas fotografias,
() concordo que sejam incluídas em publicações científicas, se necessário
() concordo que sejam apresentadas em aulas para profissionais da saúde
() não concordo que sejam incluídas em nenhum tipo de publicação ou apresentação.
- IX) O material colhido será armazenado sob a responsabilidade do Instituto de Biociências, sob a guarda da(o) (citar o nome do(a) pesquisador(a) responsável; no caso de aluno(a) ser responsável pela pesquisa, o(a) orientador(a) é o responsável pela guarda do material, pelo tempo necessário para a identificação e caracterização do gene e de sua mutação e/ou mecanismo genético responsável pela doença observada na sua família.

São Paulo, de de

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

No caso de haver dúvidas sobre aspectos éticos desse estudo, você poderá consultar:

Devem ser informados endereço, email e telefone profissionais

Pesquisador(a) Responsável:

Endereço:

e-mail:

Telefone para contato:

No caso de aluno responsável pelo Projeto, informar:

Orientador(a):

Endereço:

e-mail:

Telefone para contato:

Para contato com o CEP-IB:

Comitê de Ética em Pesquisa – Seres Humanos (CEP) do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo

Rua do Matão – travessa 14, 321 – Cidade Universitária, CEP: 05508-090 – São Paulo – SP

Telefone (11) 3091-8761 - e-mail: cepibusp@ib.usp.br