

PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(menores de 18 anos)

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

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)

Seu (Sua) filho(a) 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,, RG, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade que meu(minha) filho(a)....., nascido(a) em ____/____/____, participe do estudo “**Título**” (inserir novamente o título), e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

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).

Rubricas

Participante

Pesquisador

- II) Serão feitas coletas de ____ ml. de sangue, em ____ vezes em dias diferentes, no total de ____ ml. de sangue do(a) meu(minha) filho(a);
- III) Essa(s) coleta(s) serão feitas apenas para este estudo e em nada influenciará (influenciarão) no tratamento de meu(minha) filho(a); não vai curá-lo(a); não causará nenhum problema, exceto a dor da picadinha da agulha no local da coleta;
- 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 a mim, nem ao(a) meu(minha) filho(a), e sem que venha 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 nem o meu nome nem o de meu(minha) filho(a) 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) orientador(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 201....

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

