**Em caso de se desejar deixarem públicas as imagens do paciente, favor preencher esse Termo e Assinalar esta observação no Campo Observações do Upload.**

**Caso não seja preenchido, as imagens enviadas serão acessíveis somente por quem enviou.**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Título do Projeto:

“**Avaliação da Acurácia de Técnicas de Inteligência Artificial na Classificação de Imagens Radiográficas na suspeita de infecção pelo COVID-19”**

Este projeto será uma análise de imagens radiográficas de pacientes atendidos no *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(HOSPITAL) e vai avaliar o quanto uma nova forma de analisar imagens acerta o diagnóstico de suspeita de infecção pelo COVID-19 (“Coronavírus”). Essas imagens já serão coletadas independentemente do projeto, por necessidade médica. Parte do projeto consiste nas quatro perguntas a seguir: “Qual o Sexo? Qual a Idade? Possui sintomas suspeitos de COVID-19? Possui Sorologia confirmando infecção por COVID-19?”.

As informações que coletarmos serão estudadas junto com as de outros pacientes, não será divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. NENHUM material biológico será coletado (como por exemplo: urina, sangue ou fezes). As fichas de avaliação serão guardadas com os pesquisadores por pelo menos 05 anos a partir da publicação dos dados. Será um beneficio para você neste projeto a possibilidade do maior esclarecimento sobre seu diagnóstico de COVID-19.

Em qualquer momento do estudo você e seus parentes terão acesso aos profissionais responsáveis pelo projeto, para fazer perguntas. Há somente o risco de desconforto psicológico por conta da realização da coleta de dados, pois será feita só aplicação do questionário e exame não-invasivo que se trata de exame radiológico que já terá sido coletado por necessidade de seu atendimento (independente do projeto), para minimizar esse desconforto psicológico será feita toda a explicação de cada etapa a ser realizada, se você aceitar, a coleta prossegue.

O investigador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOME).

GARANTIAS

Você tem a liberdade de deixar de participar do estudo, a qualquer hora, sem qualquer prejuízo, além disso tem o direito de ser informado sobre dos resultados a cada etapa mesmo antes de acabar o projeto. Em caso de algum problema provocado pelos procedimentos dos quais falamos neste estudo, você terá o direito de manter o seu tratamento médico na instituição, e também terá direito às indenizações conforme as leis. Você não irá ter qualquer gasto com esse projeto. O projeto será feito com o dinheiro dos próprios pesquisadores, não existe nenhum outro patrocinador. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

**DECLARAÇÃO**

Declaro que entendi as informações do que li ou que me foram explicadas sobre o trabalho acima.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo mudar de ideia a qualquer momento sem necessidade de explicar o motivo da minha saída, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos ou perda de qualquer benefício que possa ter conseguido, ou perda do meu atendimento neste serviço.

**Tenho ciência que as minhas imagens radiográficas serão publicadas SEM meus dados de identificação, para que outros grupos de pesquisa possam criar ferramentas na identificação da suspeita pela infecção pelo COVID-19.**

\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste paciente para participação no presente estudo.