**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Relato de Caso**

|  |
| --- |
| Título do Relato de Caso: **“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.**  Pesquisador Responsável: |
| O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar de um relato de caso. 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 relato de caso ou com um membro da equipe para esclarecê-lo(a).  A proposta do presente documento é explicar todas as questões sobre o Relato e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.  Observação: Caso o paciente não tenha condições de ler e/ou compreender este TCLE, o mesmo poderá ser assinado e datado por um membro da família ou responsável legal pelo paciente. |
| **Objetivo do Relato de Caso**  Descrever o caso de um paciente, tratado no Hospital Israelita Albert Einstein com o diagnóstico de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para apresentação em forma de painel ou apresentação oral, apresentação em reunião técnico-científica, ou apresentação de artigo em Revista ou em Congresso para divulgação de conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados. |
| O(a) Senhor(a) foi escolhido(a) para participar, pois, ... (explicar o motivo da escolha do participante). |
| **Benefícios para o participante**  Não há benefício direto para o participante desse relato de caso. Mas este relato de caso poderá contribuir para melhoria no atendimento, ou para discussão de casos parecidos, etc... (descreva a contribuição). A não aceitação deste termo, não irá de forma alguma influenciar ou alterar o seu tratamento e nem o seu relacionamento com a equipe médica e de apoio. |
| **Confidencialidade**  Os resultados deste relato de caso poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações. |
| Em caso de dúvidas relacionadas ao relato de caso, o Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ poderá ser procurado no Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do Hospital Israelita Albert Einstein ou nos telefones (xx)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Para qualquer dúvida geral e/ou relacionada a direitos do participante, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa no telefone (11) 2151 3729/ FAX 11 2151-0273/ e-mail [cep@einstein.br](mailto:cep@einstein.br). Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhadas ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou formulário identificado como “fale conosco” disponível na página da pesquisa clínica ou pessoalmente. |
| **Declaração de Consentimento**  Concordo em participar do Relato de Caso: **"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_".**  Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo deste relato, bem como a importância dele e de seus possíveis benefícios e riscos. Tive a oportunidade de perguntar sobre o relato de caso e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar, se não quiser.  Eu autorizo a utilização dos meus registros médicos (prontuários médico) pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE), pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.  Recebi uma via assinada e datada deste documento.  Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nome Completo do participante da pesquisa**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  **Assinatura do participante da pesquisa**      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nome completo e legível do pesquisador responsável**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  **Assinatura do pesquisador responsável**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nome completo do representante legal**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **Assinatura do representante legal**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Relação do representante legal com o paciente**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nome completo da testemunha imparcial**  **\*\*para casos de voluntários menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos**  **ou portadores de deficiência auditiva ou visual.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  **Assinatura da testemunha imparcial** |