



NMR#:

DOB:

Título do Protocolo:

Nome do Sujeito:

Investigador Principal:

Sexo:

Curto Formulário de Consentimento para Participar na Pesquisa

Solicitamos que nos informe se deseja participar num estudo de investigação. Antes de concordar em participar, um membro da equipa do estudo terá de lhe fornecer algumas informações sobre o estudo.

Receberá informações sobre:

- a. a finalidade do estudo;
- b. o que lhe acontecerá durante o estudo;
- c. a duração do estudo e durante quanto tempo será solicitado a participar;
- d. quaisquer áreas do estudo que sejam de natureza experimental (algo que está a ser testado);
- e. quaisquer riscos ou áreas do estudo que possam causar-lhe lesões ou provocar desconforto;
- f. quaisquer benefícios para si ou para outras pessoas que possam resultar da investigação;
- g. quaisquer tratamentos ou procedimentos que possam beneficiá-lo a si, em vez da investigação (alternativas);
- h. algum tipo de identificação sobre quem terá acesso aos seus dados;
- i. de que forma a sua confidencialidade e a privacidade de suas informações serão protegidas.

A equipa do estudo deve também fornecer-lhe as informações que se seguem, caso se apliquem a este estudo:

- a. se receber alguma compensação (dinheiro ou tratamentos médicos gratuitos) no caso de sofrer lesões enquanto participante neste estudo de investigação;
- b. se existir a possibilidade de riscos que desconhecemos no momento mas que possam ocorrer no futuro;
- c. se existirem quaisquer razões levem os investigadores a impedi-lo/a de participar no estudo;
- d. quaisquer custos em que incorra por participar no estudo;
- e. o que acontece caso deseje interromper a sua participação no estudo;
- f. em que momento será informado sobre novas descobertas que possam fazer com que mude de ideias quanto à sua participação no estudo;
- g. quantas pessoas participarão no estudo.

Depois de ter recebido todas as informações acima referidas, a equipa do estudo perguntar-lhe-á se deseja participar. Se concordar, a equipa do estudo pedir-lhe-á então que assine este formulário. Deverá receber uma cópia assinada deste formulário no seu próprio idioma. Receberá também um resumo escrito do estudo em inglês.

Você ou o seu intérprete podem ligar para _____ através do n.º de telefone _____ sempre que tiverem dúvidas sobre a investigação ou sobre o que fazer caso sofra lesões. Você ou o seu intérprete podem ligar para o Comité de Investigações Clínicas do Children's Hospital através do n.º de telefone 617-355-7052 caso tenham dúvidas sobre os seus direitos enquanto sujeito de investigação.

Você é livre de decidir se deseja ou não participar neste estudo. A decisão é sua. Pode tomar a decisão de não participar no estudo. Pode tomar a decisão de participar no estudo e interromper a sua participação a qualquer momento. Caso decida não participar no estudo ou interrompa a sua participação a qualquer momento, não perderá nenhum benefício ao qual tenha direito. Qualquer que seja a sua decisão, a forma como é tratado pela equipa permanecerá inalterada mas, se decidir participar no estudo, o seu plano de tratamento poderá ser alterado.



FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE PESQUISA

NMR: _____

Nome do Paciente: _____

A sua assinatura neste documento significa que o estudo de investigação lhe foi explicado. Tal significa que recebeu todas as informações anteriormente referidas. Se assinar este formulário, significa que concorda em participar no estudo.

Consentimento do Sujeito

■ _____
Data (MM/DD/ANO) Assinatura do **Sujeito Criança/Adolescente** (se aplicável)

Consentimento do Sujeito e/ou Permissão do Tutor Legal

■ _____
Data (MM/DD/ANO) Assinatura do **Sujeito Adulto** ou **Mãe/Pai** ou **Tutor Legal** Relação à criança

■ _____
Data (MM/DD/ANO) Assinatura da **Pessoa** Que Está a Obter o Consentimento Nome Impresso

■ _____
Data (MM/DD/ANO) Assinatura da **Testemunha* e Interprete** Nome Impresso

** A testemunha assegura que o protocolo de investigação foi descrito e que o sujeito foi informado de que pode fazer perguntas*