OBSERVAÇÃO: ESTE TERMO NÃO DEVE SER IMPRESSO EM PAPEL TIMBRADO DO HSPM

**Anexo 3**

**Modelo de TCLE para relatos de caso ou série de casos**

***Esta informação deve ser removida antes de imprimir o documento.***

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(A) senhor(a) ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está convidado(a) a participar como voluntário do **relato de caso** ¨título do projeto¨ realizado pelos pesquisadores nome dos responsáveis.

ou

Solicitamos a autorização do(a) senhor(a) para que nome do paciente menor ou impossibilitado de dar autorização participe do relato de caso ¨título do projeto”, realizado pelos pesquisadores nome dos responsáveis.

**O que é um relato de caso?** Relato de caso é uma forma de comunicação científica onde o histórico de uma doença, tratamento ou cirurgia é descrito para educação dos profissionais de saúde. O assunto em questão geralmente é um fato raro ou incomum que, por seu valor instrutivo, pode ajudar outros profissionais a tratar de pacientes que sofram de uma condição semelhante. O relato de caso pode ser apresentado em reunião científica, aula, congresso da área da saúde ou em artigo publicado em revista especializada.

O relato do seu caso não tem o objetivo de tratar de sua vida pessoal ou da vida pessoal de nome do menor ou incapaz. Seu nome não será revelado e, no caso de haver fotos, essas serão somente usadas para comunicação científica, sempre procurando preservar sua identidade com tarjas para impedir seu reconhecimento. Você não receberá nenhum pagamento pela divulgação do trabalho, nem terá nenhum custo financeiro ou prejuízo no seu tratamento se não quiser participar. O estudo ainda será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Servidor Público Municipal, antes de qualquer tipo de divulgação.

Após receber todos os esclarecimentos, caso aceite fazer parte deste estudo, o(a) senhor(a) deve assinar este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Mesmo assim, o(a) senhor(a) poderá, a qualquer momento, cancelar sua autorização para divulgação do relato do caso, sem penalização ou prejuízo à assistência prestada. Para isso, deve avisar os pesquisadores, que estarão à sua disposição para discutir as dúvidas que o(a) senhor(a) possa ter a respeito deste estudo e sua participação:

Em caso de dúvida ou necessidade de mais informações, ligue para:

Nome dos pesquisadores

Clínica de nome da clínica do HSPM: 3397-XXXX

Telefone do(s) pesquisador(es): XXXXX-XXXX

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ou

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável/representante legal por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a divulgação de informações a respeito da doença e do tratamento do meu/minha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(grau de parentesco) para exclusiva finalidade educacional e científica, bem como a utilização da respectiva documentação médica, incluindo filmes e fotografias, para as mesmas finalidades.

ATENÇÃO: NO CASO DO TCLE SER ASSINADO PELO REPRESENTANTE LEGAL, DEVE SER ANEXADO ALGUM DOCUMENTO QUE COMPROVE ESSA RELAÇÃO, COMO CERTIDÃO DE NASCIMENTO, DE CASAMENTO OU PROCURAÇÃO.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Assinatura do(a) participante | Assinatura do(a) pesquisador(a) |