TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE - RELATO DE CASO

Dados de identificação:

Nome do Relato de caso:

Pesquisador Responsável:

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:

Nome do Participante:

Responsável legal (quando for o caso):

O(A) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um RELATO DE CASO, esse tipo de pesquisa é importante porque destaca alguma situação incomum e/ou de fato inusitado do comportamento de uma doença e/ou outra condição clínica.
Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que não consiga entender, converse com o pesquisador responsável ou com um membro da equipe para esclarecimentos.

O objetivo deste documento é solicitar a sua permissão para que o relato de caso seja publicado em revistas, congressos, reuniões científicas de profissionais da saúde.
O risco do relato de caso envolve a quebra do sigilo e confidencialidade das informações acessadas no seu prontuário. Para que os riscos sejam minimizados (descrever as ações e condutas a serem adotadas pelo pesquisador).
Não há benefício direto para o participante do relato deste caso, mas as discussões cientificas poderão contribuir para melhoria no atendimento de futuros pacientes.
Sua participação neste relato de caso não implicará nenhum gasto e também não receberá nenhum valor financeiro. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos comprovados decorrentes da pesquisa.
Caso não concorde em participar não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.
É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o relato de caso.
Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) senhor(a) e a outra será arquivada com os pesquisadores.
Declaração de Consentimento
Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar.

Caso o(a) Senhor(a) tenha dúvidas sobre a pesquisa poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (colocar o telefone de contato do pesquisador) e o e-mail *(colocar o e-mail do pesquisador*).

Dúvidas sobre questões éticas do relato de caso poderão ser esclarecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Metropolitano Odilon - CEP/HOB pelo telefone **(031) 3277-6120** ou e-mail: **cephob@pbh.gov.br**

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

_____ Nome do participante ou seu responsável legal	_____ Nome do Pesquisador (a).
_____ Assinatura	_____ Assinatura