

Termo de Consentimento Resumido para Participação em Pesquisa Médica

Solicitamos que você nos informe se deseja tomar parte em um estudo de investigação. Antes de concordar em participar, um membro da equipe de estudo deve lhe dizer algumas coisas sobre a pesquisa. Você será informado sobre

- a. a finalidade da pesquisa
- b. o que acontecerá com você durante a pesquisa
- c. quanto tempo levará a pesquisa e por quanto tempo você será solicitado a participar
- d. quaisquer partes da pesquisa que forem experimentais (algo que está sendo testado)
- e. quaisquer riscos ou partes da pesquisa que possam lhe causar danos ou trazer desconforto
- f. quaisquer benefícios para você ou para outras pessoas que possam advir da pesquisa
- g. quaisquer tratamentos ou procedimentos que possam beneficiá-lo(a) em vez da pesquisa (alternativas)
- h. algum tipo de identificação de quem terá acesso aos seus dados
- i. como o seu sigilo e a privacidade de suas informações serão protegidos.

A equipe de estudo também deverá lhe dar as informações abaixo, caso elas sejam aplicáveis a este estudo

- a. se você receberá alguma compensação (dinheiro ou tratamento médico gratuito), caso sofra lesões enquanto estiver participando desta pesquisa
- b. se há a possibilidade de riscos dos quais ainda não temos conhecimento no momento, mas que possam ocorrer no futuro
- c. se há quaisquer razões para que os pesquisadores o(a) impeçam de participar do estudo
- d. quaisquer custos para você permanecer no estudo
- e. o que acontecerá caso você deseje interromper a sua participação no estudo
- f. quando você será informado(a) sobre novas descobertas que possam fazê-lo(a) mudar de idéia sobre a sua participação no estudo
- g. quantas pessoas participarão do estudo.

Após você ter recebido todas as informações acima, a equipe de estudo lhe perguntará se você deseja participar. Se você concordar, a equipe de estudo lhe pedirá, então, que assine este termo. Você deverá receber uma cópia assinada deste termo em seu próprio idioma. Você também receberá um resumo por escrito da pesquisa em inglês.

Você ou seu intérprete podem ligar para _____ no telefone _____, a qualquer momento, caso você tenha dúvidas sobre a pesquisa ou sobre o que fazer caso sofra lesões. Você ou seu intérprete podem ligar para o escritório do Conselho de Revisão Institucional do Centro Médico da Universidade de Boston (BUMC IRB) no telefone 617-638-7202 caso você tenha quaisquer dúvidas sobre os seus direitos enquanto sujeito da pesquisa.

Você está livre para decidir se deseja participar deste estudo ou não. A decisão é sua. Você pode decidir que não deseja participar do estudo. Você pode decidir tomar parte no estudo e interromper a sua participação a qualquer momento. Caso você decida não tomar parte no estudo ou caso decida interromper a sua participação, você não perderá nenhum benefício ao qual tenha direito. Qualquer que seja a sua decisão, ela não mudará a maneira com que você é tratado(a) pela equipe, porém se você decidir participar do estudo, isto poderá alterar o seu plano de tratamento.

A sua assinatura neste documento significa que o estudo de pesquisa foi explicado a você. Isto quer dizer que você recebeu todas as informações acima. Se você assinar este termo, isto significará que concorda em participar do estudo.

Nome do sujeito em letra de fôrma _____ Assinatura _____ Data _____

Printed name of witness _____ Signature _____ Date _____