

## TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

### TERMO DE ASSENTIMENTO (TA) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA (13 a 17 anos)

Título do Projeto: "Título do Estudo"

PESQUISADORES:

Nome do pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Nome da Equipe do estudo: \_\_\_\_\_

---

Nome do Participante do estudo

---

Nome do Pai

---

Nome da Mãe

Este Termo de Assentimento explica porque essa pesquisa será realizada e qual será sua participação, caso você aceite o convite. Neste documento estão descritos todos os procedimentos que serão realizados. Pediremos que você assine este documento e uma via ficará com você.

#### INTRODUÇÃO

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado pela faculdade de medicina Ceres (FACERES) e **escrever o nome do pesquisador responsável** \_\_\_\_\_ é a pessoa responsável pelo estudo, porém, outras pessoas que também fazem parte desse estudo poderão ajudá-lo.

Você que vai decidir se quer ou não participar. Pode se recusar a participar ou pode parar de participar a qualquer momento, e por qualquer razão, sem colocar em risco o seu tratamento ou o seu relacionamento com a equipe.

#### JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

Você está sendo convidado a participar deste estudo porque tem uma doença

**Utilize sempre uma linguagem simples e clara para explicar a doença do paciente.**

#### OBJETIVO DO ESTUDO

**Utilize sempre uma linguagem simples e clara para explicar os objetivos do estudo ao paciente. A cópia na íntegra do projeto de pesquisa poderá gerar pendências ao pesquisador e atrasar sua aprovação ética.**

#### PROCEDIMENTOS

Se você quiser participar da pesquisa **EXEMPLO: vamos pegar o seu prontuário para coletar informações sobre o seu tratamento. As informações que serão coletadas são: Idade, a história do seu tratamento, resultados dos seus exames de sangue e exames de imagem (que são exames que tira foto do interior do seu corpo), etc. que são realizados para o seu tratamento.**

#### RISCOS E DESCONFORTOS PARA OS PARTICIPANTES

**Exemplo: O risco mínimo deste estudo é a da quebra accidental de sigilo (outras pessoas saberem dos dados que coletamos), porém os pesquisadores se comprometem a**

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Página 1 de 2

fazer o necessário para que isso não aconteça. Ressalta-se que a linguagem sempre deve ser simples e clara

## **BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Exemplo: este estudo ajudará a entender melhor a doença e o tratamento para Tumores de células germinativas no futuro.

## **MANUSEIO DE DADOS/CONFIDENCIALIDADE**

O pesquisador não divulgará suas informações pessoais (nome, endereço, idade e outras). Durante e depois que o estudo concluir, os resultados que forem publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos, a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação.

## **LIBERDADE DE RECUSA**

Caso você decida por não participar deste estudo, nós não coletaremos dados do seu tratamento, mas você ainda será tratado nesta instituição. Além disso, você poderá recusar ou desistir da participação a qualquer momento.

## **ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES**

Se você tiver alguma dúvida, fale diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da FACULDADE CERES (FACERES). Este comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. Você pode entrar em contato com este comitê por telefone (tel: 17 3201-8200 ramal 8223), e-mail ([cep@faceres.com.br](mailto:cep@faceres.com.br)), Carta (Avenida Anísio Haddad n} 6571, Jardim Morumbi, São José do Rio Preto/SP CEP15090-305), pelo site ([www.faceres.com.br/faleconosco](http://www.faceres.com.br/faleconosco)) ou pessoalmente. O horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira das 07h30 – 11h e 13h – 16h

## **RESUMO DO ASSENTIMENTO**

Ao assinar este termo de assentimento eu concordo que:

- A pesquisa foi explicada e minhas perguntas foram esclarecidas;
- Eu posso discutir com o pesquisador responsável sobre dúvidas futuras;
- Os possíveis danos e desconfortos me foram explicados;
- Eu não receberei nenhum pagamento pela minha participação neste estudo;
- Meus dados médicos permanecerão confidenciais e nenhuma informação minha será divulgada;

( ) Li e entendi e recebi uma cópia desse termo de assentimento.

( ) Não quero participar

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso do participante de pesquisa

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou primeiro nome

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso do aplicador do Termo de assentimento ou pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura