**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Projeto: <título>

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa realizado na instituição <nome das instituições>, que quer desenvolver um teste para conhecer melhor a sua doença e que poderá no futuro ajudar o médico a escolher o tratamento mais adequado para os pacientes com a mesma doença que você.

Sua participação nesta pesquisa é de forma voluntária. Caso você não queira, não há nenhum problema e você não precisa me explicar por quê. Você tem todo o direito de não querer participar do estudo e isso não vai trazer nenhum problema para você ou para seu tratamento. Você pode dizer sim agora e mudar de ideia depois e não tem problema.

Se você concordar em participar deste estudo, vamos retirar um pouco de sangue (quantidade próxima a uma colher de sobremesa - 3 tubos de 3 mL cada, totalizando 9 mL) para a realização do teste. Você poderá sentir um desconforto na coleta do seu material, como um pouco de dor, coceira ou mancha roxa no braço. Se isso acontecer, você receberá o atendimento médico necessário para parar a dor. Depois que a pesquisa acabar, os resultados serão informados para você e seus pais, e poderá ser publicada em uma revista, ou conferência científica, mas não apresentaremos nenhuma informação pessoal sua.

A sua participação neste estudo poderá no futuro ajudar com o desenvolvimento de um teste diagnóstico para conhecer melhor a sua doença e de outras pessoas com doença parecida com a sua e com isso ajudar o médico a escolher o melhor tratamento.

Caso você queira participar, você vai precisar assinar todas as folhas deste documento em duas vias. Eu também irei assinar todas as folhas e uma via ficará com você e a outra comigo.

Pode ser que este documento denominado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido contenha palavras que você não entenda. Qualquer dúvida que você tiver, por favor, peça ao responsável (pela pesquisa/atendimento ou à equipe do estudo) para explicar qualquer palavra ou informação que você não tenha entendido direito.

Rubrica pesquisador

responsável:

Rubrica participante

pesquisa:

Se ainda ficarem dúvidas, você pode a qualquer momento entrar em contato com os pesquisadores do projeto:

Pesquisador Responsável: <nome completo>

Instituição: <nome da instituição a qual pertence>

Telefone para contato: <número de telefone>

Endereço: <endereço>

Se os pesquisadores não fornecerem informações/ esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Grupo Fleury, à Avenida Morumbi, nº 8.860, 8º andar, Bairro Jardim das Acácias, município de São Paulo - SP, telefone: (11) 5014-7771, E-mail: instituto.fleury@grupofleury.com.br, de 2ª a 6ª feiras das 08h às 11h.

( ) aceito participar da pesquisa ( ) não aceito participar da pesquisa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e/ou assinatura da criança/adolescente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura dos pais/responsáveis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do pesquisador responsável por obter o consentimento: