**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS**

**Este documento deve ser editado conforme os parâmetros da pesquisa proposta. Os campos em vermelho são para orientação de preenchimento, e não deve ser mantido, inclusive este.**

Sr(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Através deste termo solicitamos sua autorização para utilização dos dados clínicos coletados em prontuários durante período de (hospitalização, atendimento, consulta, internação, exames) em (descrever o local: hospital, ambulatório), localizado (local), para o projeto de pesquisa (Título do projeto), que será realizado pelos pesquisadores (nome do Professor/Orientador/Pesquisador responsável).

Justificar a **necessidade da execução** da pesquisa em linguagem acessível (relevância da pesquisa e aspectos inovadores).

Descrever os **objetivos** a partir dessa justificativa.

Por meio do levantamento de dados de prontuários iremos identificar (descrever as variáveis de forma detalhada que serão coletadas no prontuário do paciente).

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos por se tratar de levantamento de dados de prontuários já coletados em (especificar o local), mas pode haver o risco de (descrever os riscos). O sigilo das informações deve ser assegurado pelos pesquisadores da pesquisa.

Os benefícios dessa pesquisa (descrever os benefícios ao participante sejam eles diretos ou indiretos).

É garantido ao participante da pesquisa o direito de retirar a qualquer momento dessa pesquisa sem qualquer prejuízo à comunidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, por tratar-se de um estudo retrospectivo, com coleta de dados do seu prontuário. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador responsável é (nome do pesquisador responsável) que pode ser contatado em situações relacionadas à pesquisa de segunda a sexta-feira, pelo telefone (número de telefone) horário (comercial).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR – Rua General Carneiro 181 – Alto da Gloria – Curitiba/PR. Fone 41 3360-1041 das 08:00 horas às 16:30 horas de segunda a sexta-feira.

Caso se faça necessário direcionamento do problema a instâncias superiores, você poderá entrar em contato diretamente com a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pelo telefone (61)3315-5877 ou pelo e-mail conep@saude.gov.br

Rubricas:

**Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE**\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.**

Se você concordar em participar desta pesquisa fornecendo os dados de seu prontuário assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome em letra de forma e assinatura

Nome: (do participante): ................................................................................

Assinatura: ......................................................................................................

Data: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_.

Nome: (do representante legal) .......................................................................................

Nível de representação: (genitor, tutor, curador, procurador.) .......................................

Nome do participante: .....................................................................................................

Data: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_.

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

-------------------------------------------------------------------------

Nome e Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_.