



EBSERH

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) _____ para participar como **voluntário (a)** da pesquisa clínica **PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO OCULTA PELOS VÍRUS DAS HEPATITES B E C EM PACIENTES COM GLOMERULOPATIAS** que está sob a responsabilidade do pesquisador Luís Henrique Bezerra Cavalcanti Sette, **Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, S/N- Cidade Universitária CEP 50670-420. Ambulatório de Nefrologia do Hospital das Clínicas – UFPE - 3º andar do prédio dos ambulatório. Telefones para contato: **Celular** (81) 99747-7777; **Ambulatório:** (81) 2126.3733. e-mail: setteluis@hotmail.com e que está sob a orientação do **Dr. Edmundo Pessoa de Almeida Lopes Neto; Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, S/N- Cidade Universitária CEP 50670-420. Ambulatório de Hepatologia do Hospital das Clínicas – UFPE - 4º andar do prédio dos ambulatórios **Ambulatório:** (81) 2126.3633. e-mail: epalopes@uol.com.br

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade

Esta pesquisa que tem como **objetivo** determinar a presença de infecção oculta (escondidas) dos vírus das hepatites B e C, assim como suas características genéticas e como o meu sistema de defesa reage a presença ou não destes vírus. Este vírus pode estar presente no seu sangue mesmo sem o Sr.(a) não sentir nada ou se os testes feitos anteriormente tenham sido negativos. Todos estes exames serão realizados na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e no Laboratório Central de Pernambuco (LACEN) **sem nenhuma despesa ou pagamento.**

Participar deste estudo não atrapalhará o seu atendimento normal no ambulatório, que continuará com a marcação como já é feita. Todos os resultados dos exames que o Sr(a) vai fazer ficarão com o Sr(a) e também serão copiados no seu prontuário para que o médico que lhe acompanha no ambulatório saiba destes resultados. As informações desta pesquisa e os resultados dos exames que o Sr(a) fizer não serão publicados com o seu nome, sendo respeitada a sua privacidade.

Neste estudo o **Sr.(a) será convidado** a ser entrevistado(a), examinado(a) pelo médico pesquisador e também convidado(a) a doar uma amostra de sangue equivalente a 20 ml (uma colher das de sopa) de sangue do braço, que será utilizada nesse estudo e armazenadas para futuros estudos. **Os riscos** a que o Sr (a) estará exposto são aqueles relacionados com a coleta de sangue, ou seja, dor, infecção, sangramento e manchas arroxeadas no local da coleta, que serão minimizados com cuidados de higiene na coleta, realizado com material descartável e por profissional capacitado, e a pressão local após a coleta do sangue. Estes testes poderão **beneficiar** o Sr.(a) já que não são realizados de rotina e se for encontrado alguns destes vírus no seu sangue o Sr.(a) poderá ter acompanhamento especializado no ambulatório de Hepatologia do Hospital das Clínicas da UFPE.

O acompanhamento da sua doença não será alterado, caso desista de participar deste estudo. Este projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de saúde da UFPE e qualquer dúvida o Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável. Os pesquisadores estão cientes que o Sr. (a) estará livre em qualquer momento da pesquisa para suspender essa autorização de participação suspender **sem que haja nenhum constrangimento ou prejuízo no tratamento dele.** Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Sendo assim, concordo em participar como voluntário não remunerado dessa pesquisa, estando ciente dos riscos e benefícios desses procedimentos para minha pessoa, conforme exposto acima. Visto que nada tenho contra a pesquisa, concordo em assinar o presente termo de consentimento em duas vias (uma ficará comigo). Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 - e-mail: cepccs@ufpe.br).

[Redacted signature area]

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

[Redacted name]

Eu [Redacted] CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO OCULTA PELOS VÍRUS DAS HEPATITES B E C EM PACIENTES COM GLOMERULOPATIAS** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Impressão digital

[Empty box for digital impression]

Recife, 16/05/17

Assinatura do participante

[Redacted signature area]

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

[Redacted signature area]

1º testemunha

Assinatura

[Redacted signature area]

2º testemunha

Assinatura

[Empty box for digital impression]

[Redacted signature area]

Pesquisador responsável