

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

IDENTIFICACAO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

NOME COMPLETO _____
DOCUMENTO (CPF) _____
NUMERO CONSELHO (CRM) _____
ENDEREÇO _____
TELEFONE CONTATO _____
EMAIL _____

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa "**IMPACTO DA TOMOGRAFIA NA INTERPRETAÇÃO DAS FRATURAS DO MALÉOLO POSTERIOR DO TORNOZELO**".

2. Os objetivos deste estudo são dimensionar a área de carga envolvida nos fragmentos dos maléolos posteriores do tornozelo e analisar a importância do exame tomográfico na conduta clínica destas fraturas

3 Em qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

4 Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

5 Sua participação nesta pesquisa consistirá em analisar, de forma independente e sigilosa, radiografias e tomografias de fraturas de tornozelo de pacientes tratados na nossa instituição.

6 Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Os pacientes serão sorteados e todos os exames apresentados para análise não trarão informações possíveis de identificar os indivíduos

7 Caso encontre qualquer imagem que seja possível identificar algum dos pacientes estudados, informarei o pesquisador responsável e o paciente será excluído do estudo.

8 Os benefícios relacionados com a sua participação são normatizar o emprego da tomografia de rotina para as fraturas maleolares do tornozelo com envolvimento do maléolo posterior

9 As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

10 Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

11 Você, na posição de avaliador, compromete-se em manter sigilo e a não utilizar nenhuma das imagens empregadas neste estudo.

12 Qualquer dúvida referente a pesquisa entrarei em contato exclusivamente com o pesquisador responsável (NOÉ DE MARCHI NETO), não comentando sobre a mesma com outros colegas médicos.

12 Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O coordenador da pesquisa, **DR. NOÉ DE MARCHI NETO** me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO que funciona na Rua Dr Cesário Mota Junior, 61 , Vila Buarque , São Paulo, SP; CEP 01221-020. Telefone (11) 3367-7700. Email: noedemarchineto@gmail.com

DADOS DO AVALIADOR CONVIDADO

Nome

Assinatura