

ANEXO III



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária no estudo denominado “Triagem de encefalopatia hepática mínima em pacientes portadores de cirrose hepática através da avaliação da função frontal pelo teste Frontal Assesment Battery (FAB)”

Objetivo do estudo

Este trabalho propõe-se a realizar um estudo em pacientes portadores de cirrose hepática atendidos na enfermaria de Gastroenterologia e nos ambulatórios de Fígado e de Álcool do Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), em que será testado o FAB como método de triagem de encefalopatia hepática mínima nos pacientes portadores de cirrose hepática, correlacionando com os resultados obtidos à aplicação do FAB nos consequentes controles atendidos, pareados segundo a idade, gênero e etiologia da cirrose hepática.

Procedimentos

Você será avaliado inicialmente através de uma consulta médica clínica. Você será informado sobre o trabalho, e se aceitar participar, você será submetido a um (01) teste psicológico para avaliar a sua capacidade frontal: a Bateria de Avaliação Frontal (FAB).

Os responsáveis por este estudo são: Dra. Karina Zamprogno de Souza, CRM 10.001/ES e Dra. Maria da Penha Zago Gomes, CRM 2724/ES.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre ética em pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – situado no Centro de Ciências da Saúde da UFES.

Todas as informações obtidas relativas a sua participação neste estudo serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros pacientes, resguardando, desta forma, a confidencialidade da sua participação.

Desta forma, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Triagem de encefalopatia hepática mínima em pacientes portadores de cirrose hepática através da avaliação da função frontal pelo teste Frontal Assesment Battery (FAB)”

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente/representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para participação neste estudo.

Dra Karina Zamprogno de Souza CRM/ES 10.001

Dra Maria da Penha Zago Gomes CRM/ES 2724

Médicos responsáveis pelo estudo

Data: ____/____/____