

Anexo I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – HUAP



**Universidade Federal Fluminense
Hospital Universitário Antônio Pedro**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (sra.) está sendo convidado a participar do estudo: **Avaliação da importância da termografia no auxílio à investigação diagnóstica de nódulos tireoidianos em pacientes acompanhados no HUAP-UFF**. Trata-se do projeto de pesquisa dos Professores: Dra. Giovanna Aparecida Balarini Lima, Dr. Rubens Antunes da Cruz Filho e Dr^a. Aura Conci e envolvendo o M.D. Charbel Pereira Damião.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G.: _____

INTRODUÇÃO:

Nódulos tireoidianos são muito frequentes na população geral. Embora a maioria dos nódulos da tireóide seja benigna, a possibilidade de uma doença maligna deve ser descartada.

Nesse estudo, serão obtidas imagens de sua tireóide através da termografia, um exame que captura imagens de temperatura através de uma câmera.

PROCEDIMENTOS:

O senhor (a) será entrevistado, como numa consulta médica normal no Ambulatório do HUAP.

Para realização do exame da termografia não se exige nenhum preparo. O exame deverá ter duração de 15 minutos. Antes da realização do exame, o senhor (a) deverá permanecer sentado e sem mover o pescoço por 5 minutos, a temperatura do seu corpo será verificada por meio de um termômetro clínico, um ventilador irá resfriar seu pescoço e, após isso, imagens térmicas serão capturadas com uma câmera semelhante às câmeras fotográficas.

Seu prontuário será consultado por um membro da pesquisa com objetivo de coletar dados referentes ao estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS:

A captura das imagens não traz qualquer risco, pois não ocorrerá injeção de contraste e nem mesmo exposição a radiações de qualquer natureza. O único desconforto é o de ficar por alguns minutos em frente a um ventilador antes de iniciar as aquisições no exame de termografia.

BENEFÍCIOS:

Não há nenhum benefício para o senhor (a) pela participação no estudo. Mas o senhor (a) estará contribuindo para que aumente os conhecimentos sobre as doenças da tireóide.

CUSTOS:

Não haverá custos para o senhor (a). Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

SIGILO:

As suas informações, que são sigilosas, serão analisadas junto com as informações dos outros pacientes. Sua identificação não será divulgada.

A avaliação dos resultados dos exames será feita somente pelos pesquisadores do projeto, e pelos profissionais da saúde que atendem ou cuidam do senhor (a) e não será permitido o acesso de outras pessoas, garantindo proteção contra qualquer quebra de sigilo.

LIBERDADE DO PACIENTE:

É garantida a liberdade de querer não participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso da aceitação, sem qualquer prejuízo ao seu tratamento no HUAP.

Em qualquer etapa do estudo, a sra. terá acesso à profissional responsável (Dr. Charbel Pereira Damiano), que poderá ser encontrada no telefone (21) 2629-9203 do serviço de Endocrinologia. Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Prédio Anexo do HUAP – 4º andar, telefone 2629-9189 – email: etica@vm.uff.br

Acredito ter sido bem informado sobre o estudo acima.

Eu discuti com o Dr. Charbel Pereira Damiano sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário, e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Instituição.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente

Testemunha

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

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____