

Children's Hospital Los Angeles
Consentimento para participar de um estudo de pesquisa

Nome: _____

Nº do prontuário médico: _____ Data de nascimento: _____

Você ou seu filho foi convidado a participar de um estudo de pesquisa. Um estudo de pesquisa é a forma como os cientistas (médicos, enfermeiros e outros profissionais) tentam entender como as coisas funcionam e adquirir novos conhecimentos. Um estudo de pesquisa pode ser sobre como o corpo funciona, o que causa uma doença, como tratar doenças ou o que as pessoas pensam e sentem com relação a determinados assuntos.

Antes de você decidir se você ou seu filho participará do estudo de pesquisa, o investigador precisa informar (i) os objetivos do estudo, as atividades que serão realizadas (chamadas de procedimentos) e quanto tempo a pesquisa durará; (ii) todos os procedimentos que forem experimentais (estiverem sendo testados); (iii) todos os prováveis riscos, desconfortos e benefícios da pesquisa; (iv) todos os outros procedimentos ou tratamentos possivelmente úteis; e (v) como sua privacidade será preservada.

Quando aplicável, o investigador também deve informar sobre (i) quaisquer pagamentos ou tratamentos médicos disponibilizados caso ocorram ferimentos ou lesões; (ii) a possibilidade de riscos desconhecidos; (iii) situações em que o investigador pode interromper sua participação; (iv) quaisquer custos adicionais para você; (v) o que acontece se você decidir interromper a participação; (vi) quando você receberá informações sobre novas descobertas que possam afetar sua disponibilidade em participar; e (vii) quantas pessoas participarão do estudo.

Se você concordar em participar, deve receber uma cópia assinada deste documento e uma cópia do formulário de consentimento aprovado para este estudo escrito em inglês.

Entre em contato com _____ pelo _____ sempre que tiver dúvidas sobre a pesquisa ou sobre o que fazer se você se ferir.

Entre em contato com o Human Subjects Protection Program (Programa de proteção de pessoas que participam de pesquisa) do Children's Hospital Los Angeles pelo número 323-361-2265 se tiver alguma dúvida sobre seus direitos enquanto participante da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária (de sua escolha pessoal), e você não será penalizado nem perderá benefícios caso se recuse a participar ou decida parar.

A assinatura deste documento significa que o estudo de pesquisa, o que inclui as informações acima, foi descrito para você verbalmente e que você concorda voluntariamente em participar.

Assinatura do participante

Data

Assinatura do pai ou da mãe (se aplicável)

Data

Nome impresso/Assinatura da testemunha

Data

A assinatura da testemunha serve para atestar que ele/ela ofereceu serviços de interpretação e auxiliou na transmissão de explicações, perguntas e respostas no idioma falado pelo indivíduo ou pelos pais/guardião legal do indivíduo.

Encaminhamento de cópias assinadas do formulário de consentimento: 1) Entregar para os pais; 2) Prontuários médicos; 3) Arquivo do pesquisador.

Nº do IRB: