

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
“ATIVIDADE DO CARVACROL ASSOCIADO AO TIMOL NO CONTROLE DO
BIOFILME DENTAL SUPRAGENGIVAL E DO SANGRAMENTO GENGIVAL:
ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO LONGITUDINAL”

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Ao assinar este termo, você estará declarando que por meio de livre e espontânea vontade, que estará participando como voluntário(a) do projeto de pesquisa citado acima, de responsabilidade do Cirurgião-Dentista Ricardo Souza Martins do Programa de Pós-graduação em Odontologia do Curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. O abaixo-assinado estará ciente que:

a) O objetivo da pesquisa é avaliar o efeito de um medicamento em forma de verniz que poderá ser (carvacrol com timol ou clorexidina), que são seguros, já utilizados em outras pesquisas no controle da doença cárie, e que estes medicamentos serão aplicados sobre alguns dentes para avaliar a prevenção de formação de bactérias sobre seus dentes e também verificar se ocorre o desaparecimento do sangramento da sua gengiva.

b) Você não terá que pagar qualquer valor para participar da pesquisa e receber o tratamento de suas gengivas, assim como você não receberá qualquer valor por participar como voluntário(a).

c) Durante o estudo você deverá fornecer informação sobre seu estado geral de saúde, alguma informação se tiver alergias e as condições de sua cavidade bucal.

d) Para diminuir as chances de alergias solicitamos informações sobre a sua saúde, estando preparados para suspender o tratamento, e usar remédios para alergia caso isto ocorra. Qualquer falta de informação de sua parte a respeito das suas condições de saúde, exclui totalmente a responsabilidade da equipe de pesquisa.

e) A participação do voluntário neste estudo consistirá inicialmente de exame dentário e gengival, eliminação do cálculo dental (tártaro) e polimento de seus dentes com pasta de limpeza dental.

f) Você NÃO RECEBERÁ INJEÇÃO de anestésico local durante toda a pesquisa.

g) Você tem a liberdade de desistir de participar deste estudo no momento que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. Isso não vai lhe trazer qualquer penalidade ou prejuízo.

h) A participação neste estudo dá o direito ao voluntário de ter, sem custos, escovação supervisionada, atividades educativas de prevenção relacionadas à saúde bucal e tratamento odontológico.

i) As informações conseguidas através de sua participação não permitirão a sua identificação. A divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos no assunto.

j) Os resultados obtidos desta pesquisa serão mantidos em sigilo. A Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) não o(a) identificará por ocasião da exposição e/ou publicação dos mesmos (os dados serão publicados somente em revista científica e/ou congressos científicos não identificando sua identidade).

k) O surgimento de alguma doença que seja necessário uso de medicamentos, deverá ser também imediatamente comunicado, pois poderá ser necessária a interrupção da pesquisa com você.

l) O voluntário deve comparecer às consultas de retorno para tratamento odontológico e realização de novos exames que serão agendadas com devida antecedência

m) A equipe de pesquisa zelará para que todas as etapas da pesquisa sejam realizadas com os melhores cuidados possíveis quanto ao seu acolhimento, exames e tratamento, tudo com material esterilizado e descartável, e além disto, utilizaremos sempre da sinceridade e honestidade com você.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Ricardo Souza Martins

Instituição: Universidade Federal do Ceará / Curso de Odontologia

Endereço: Rua Monsenhor Furtado, 1273, Bairro: Rodolfo Teófilo – CEP 60430-355

e-mail:

Telefones para contato: 3366.8425 / 991210053 / Whatsapp 996431234

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 - Bairro: Rodolfo Teófilo

Telefone 3366 8338.

O abaixo assinado, _____, _____ anos,
RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido e que, após sua leitura livre tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Nome do participante da pesquisa

Data ____/____/____

Assinatura _____ (digital se o voluntário não souber ler)

Nome do pesquisador: Cirurgião-Dentista: RICARDO SOUZA MARTINS

Data ____/____/____

Assinatura _____

Nome da testemunha _____

Data ____/____/____

Assinatura _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data ____/____/____

Assinatura _____

