

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(instruções para preenchimento anexas)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL****1. NOME:**DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II- DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA Efeito da hiperclorêmia no desfecho
de pacientes graves**

2. PESQUISADOR: JOÃO MANOEL SILVA JÚNIOR

CARGO/FUNÇÃO: MÉDICO ASSISTENTE

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 101085

UNIDADE DO HCFMUSP: UTI do Tétano da Divisão de Clínica de Moléstias
Infecciosas e Parasitárias**3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou
tardia do estudo)**4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 anos****III REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU
REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:**O(A) Sr(a) esta sendo convidado a participar de um estudo que compara a evolução
de acidose (no sangue) em pacientes cirúrgicos. Para isso todos os pacientes que
participarem do estudo serão seguidos até alta do hospital a partir do diagnóstico de

acidose. Durante este período, serão apenas coletados dados do prontuário (ficha médica), sem nenhum risco ao paciente, além daqueles relacionados a própria doença.

A acidose é uma condição grave em pacientes no pós-operatório, com elevada taxa de mortalidade aos pacientes que apresentam este problema. Este estudo procura entender melhor essa doença para que no futuro o tratamento seja mais eficiente.

IV ESCLARECIMENTOS SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

O/A senhor(a) poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para tirar eventuais dúvidas. O/A senhor(a) tem liberdade de negar-se a participar do estudo, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo, por parte dos pesquisadores ou do hospital. Serão anotados os dados que nossa equipe considerar importante para o estudo, e garantido o anonimato dos participantes, bem como o sigilo dos dados, os quais serão utilizados exclusivamente para este estudo.

Esta pesquisa é apenas diagnóstica, não haverá danos à saúde. O único procedimento será a coleta de dados do prontuário médico. Caso aceite participar do estudo, o/a senhor(a) será observado(a) e acompanhado(a) por nossa equipe até a alta hospitalar, sem qualquer custo ou prejuízo.

V INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Desde já, colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida ou problema e nosso telefone para contato é 30696045 com o médico assistente João Manoel Silva Jr.

VII CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador

(carimbo ou nome Legível)