

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O senhor (a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Avaliação Da Dor Pós-operatória E O Uso De Analgésico Após Tratamento Endodôntico Em Molares Com E Sem Alargamento Foraminal: Ensaio Clínico Randomizado Prospectivo”. A pesquisa não envolve riscos, uma vez que os procedimentos que serão realizados já são aceitos e tem embasamento na literatura científica. Os riscos, a que o senhor (a) está sujeito são aqueles inerentes a todo tratamento endodôntico, quais sejam, dor pós-operatória, edema, infecção (abscesso) e, muito raramente, fratura de instrumento. Caso esses riscos ocorram, lhe será garantida assistência integral e imediata por parte do pesquisador responsável. Os possíveis riscos inerentes a quebra de sigilo de imagem ou de sua identidade será minimizado pelo pesquisador responsável e protegido por meio da assinatura desse Termo de Consentimento.

Caso aceite participar estará recebendo o tratamento adequado para a manutenção do seu dente em função e recuperando sua saúde bucal e possibilitando, após os resultados do estudo, a definição de uma técnica de tratamento de canal que cause menos dor pós-operatória.

Para participar deste estudo o senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O senhor(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência e a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o senhor(a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão a sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer outra forma que possa indicar sua participação não será liberado sem a sua permissão. O senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções N° 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Avaliação Da Dor Pós-operatória E O Uso De Analgésico Após Tratamento Endodôntico Em Molares Com E Sem Alargamento Foraminal: Ensaio Clínico Randomizado Prospectivo”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assimo desejar.

Declaro que concordo em participar esta pesquisa. Recebi uma via original deste termode consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhasdúvidas.

Camaçari - BA, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura participante

Data ____/____/____

Assinatura pesquisador

Data ____/____/____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP- Comitê de Ética Faculdade São Leopoldo Mandic
Rua José Rocha
Junqueira, 1313045-
755 Campinas (SP)
cep@slmandic.edu.br

Pesquisador Responsável: Fabiana Menezes Galdino de Aragão
Endereço: Rua das Patativas, 739, ap. 504
Imbuí – Salvador – BA
Telefone: 71 99189-1912

E-mail: fabigaldino81@gmail.com