

**CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISAS QUE ENVOLVAM AVALIAÇÃO CLÍNICA DE MENORES DE IDADE**

**Carta para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Caro(a) Senhor(a)

Eu, ....., fonoaudiólogo(a), portadora do CIC ....., RG....., estabelecido(a) na Rua ....., nº....., CEP ....., na cidade de ....., cujo telefone de contato é ( ) ....., vou desenvolver uma pesquisa cujo título é .....

O objetivo deste estudo é de.....

Gostaríamos de convidar o(a) seu (sua) filho(a) para participar como voluntário (a) desta pesquisa, com seu consentimento, e necessito que o Sr.(a) forneça informações a respeito de seu(sua) filho(a), respondendo a X perguntas em anexo, devendo ocupá-lo(a) por ..... minutos para completar as respostas. Se preferir pode ler antes de aceitar o convite.

As respostas a estas questões não terão qualquer interferência ou questionamento de minha parte ficando o senhor (a) livre para parar de responder as questões a qualquer momento que assim o desejar.

A seguir faremos uma avaliação no seu(sua) filho(a) que constará dos seguintes procedimentos:

**Descreva aqui, com todos os detalhes, todos os passos e procedimentos que utilizará para avaliá-lo com linguagem acessível para leigos. Não esqueça de nenhum detalhe.**

Essa avaliação não determinará qualquer risco, mas poderá provocar os seguintes desconfortos: **descreva aqui os possíveis desconfortos.**

Sua participação não trará qualquer benefício direto ao seu filho (a), mas poderá proporcionar um melhor conhecimento a respeito do assunto em estudo, que poderão em futuros tratamentos fonoaudiológicos beneficiar outras crianças ou, então, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso. **(Caso exista, explícite aqui, detalhadamente, a outra forma para que o entrevistado tenha o direito de optar.**

Informo que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC), situado na Rua Cayowaá, 664, CEP 05018 000, em São Paulo – SP, fone/fax : (11) 3868-0818, e-mail [alyne@cefac.br](mailto:alyne@cefac.br).

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento do(a) seu(sua) filho(a) na instituição

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras crianças, não sendo divulgado a identificação de nenhum dos participantes.

O Sr(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à participação do(a) seu(sua) filho(a). Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a identificação do(a) seu(sua) filho(a).

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Acredito ter sido suficiente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo (coloque aqui o nome do estudo).....

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a participação do(a) meu(minha) filho(a) é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em permitir a participação do(a) meu(minha) filho(a) deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do pai (mãe) ou responsável

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ( )

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Nome da criança:

**FAÇA A CARTA PARA OBTENÇÃO E O TERMO DE CONSENTIMENTO EM DUAS VIAS, POIS UMA VIA FICARÁ COM O PAI (MÃE) OU RESPONSÁVEL E OUTRA COM VOCÊ, AMBAS ASSINADAS PELOS DOIS.**