

## **Termo de consentimento simplificado para participar de um estudo de pesquisa**

Número de Protocolo: \_\_\_\_\_

Investigador Principal: \_\_\_\_\_

*Se você for um representante legalmente autorizado, tutor ou estiver em posse da autorização dos pais de uma criança nesse estudo, os termos "você" e "seu/sua" referem-se à pessoa para a qual você estiver dando consentimento ou autorização dos pais.*

### **Você está convidado a participar dessa pesquisa**

Pense cuidadosamente se quer ou não participar desse estudo. Você deve conversar com a sua família e seus amigos antes de tomar essa decisão.

Antes de concordar em participar, explicaremos:

1. Por que o estudo será realizado;
2. O que acontecerá durante o estudo e quaisquer procedimentos que sejam experimentais;
3. Os riscos e benefícios previstos ao participar do estudo;
4. Outras alternativas para participar do estudo e os seus riscos e benefícios;
5. Como sua privacidade e confidencialidade serão protegidas;
6. Quem contatar se tiver dúvidas.

Quando necessário, também explicaremos:

1. Quem pagará pelo tratamento se você se ferir no estudo;
2. A possibilidade de riscos dos quais ainda não sabemos;
3. Por que você poderá ser retirado do estudo;
4. Quaisquer custos para participar do estudo;
5. O que acontecerá se você decidir abandonar o estudo;
6. Quando você será informado sobre as novas descobertas relacionadas ao estudo;
7. Quantas pessoas participarão do estudo;
8. Quaisquer estudos opcionais dos quais você poderá participar.

Uma descrição desse estudo clínico estará disponível no [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), conforme exigência da legislação dos EUA. Este site não incluirá informações que possam identificá-lo. O site incluirá, no máximo, um resumo dos resultados. Você poderá fazer uma busca neste site a qualquer hora.

Fred Hutchinson Cancer Research Center  
University of Washington

**Termo de consentimento simplificado para participar de um estudo de pesquisa**

**Seus direitos**

Você não é obrigado a participar deste estudo. Você poderá dizer sim ou não. Se você decidir participar deste estudo, você não é obrigado a permanecer neste. Você poderá encerrar a sua participação a qualquer momento (mesmo antes de começar). Não há nenhuma penalidade em dizer não ou em encerrar a sua participação. Os seus cuidados médicos normais não mudarão.

Se você adoecer ou se ferir no estudo, você não perderá seus direitos legais em buscar compensação ao assinar este formulário.

Se você concordar em participar, receberá uma cópia deste formulário e uma cópia do termo de consentimento informado sobre o estudo em inglês.

**Para mais informações**

Você poderá contatar o investigador principal \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ sempre que tiver alguma dúvida sobre o estudo ou lesão relacionada ao estudo.

Você também poderá contatar a Karen Hansen, Diretora do Escritório de Revisão Institucional, Fred Hutchinson Cancer Research Center (Centro de Pesquisa sobre o Câncer Fred Hutchinson) no telefone 206-667-4867 se tiver alguma dúvida sobre seus direitos como participante da pesquisa ou o que fazer se sofrer alguma lesão.

**Assinatura**

Ao assinar este formulário você confirma que descrevemos o estudo a você e que você concorda em participar voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma e assinatura do  
participante ou do representante legalmente  
autorizado, se aplicável

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Parentesco do representante legalmente autorizado com o participante, se aplicável

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma e assinatura do intérprete/testemunha

\_\_\_\_\_  
Data