

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Para participação de maiores de 18 anos) - aplicação digital

CONVIDO, o Senhor (a), _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado "Coronavirus e sistema nervoso: Aspectos clínicos, de imagens e laboratorial" fruto de esforço conjunto desenvolvido por Neurologistas membros da Academia Brasileira de Neurologia (ABN) e instituições públicas brasileiras que pretendem estudar os sinais e sintomas clínicos e as alterações apresentadas nos exames realizados durante o diagnóstico e tratamento de pacientes com infecção pelo novo coronavirus causa da atual pandemia, a COVID19. Nosso esforço se soma ao esforço mundial que está sendo feito por pesquisadores de diferentes países para compreender rapidamente o impacto do Coronavirus na saúde da população geral ou pessoas com vulnerabilidades. Se o senhor está recebendo este convite é porque é um paciente suspeito ou confirmado laboratorialmente para SARS-Cov2 ou apresenta alguma condição ou tratamento que possa torná-lo vulnerável para contrair infecção de modo geral. Durante a epidemia do coronavírus, todo estado gripal ou pneumonia poderá ser considerados para investigação e estudo. Diante da dificuldade imposta pelo isolamento social e falta de material para testagem laboratorial é importante que mesmo tardiamente a testagem seja feita para confirmar imunidade e fazer parte dos seus dados. Neste momento toda a tecnologia e inovação está sendo colocada a favor do paciente e da ciência, também na comunicação médico-paciente, dando agilidade a todo o processo.

Para que o resultado desta pesquisa seja relevante é preciso coletar suas informações cadastrais (nome, nome da mãe, data de nascimento, CPF e número SUS e whatsapp, telefone e email), da clínica, da imagem e laboratoriais relacionadas ao seu diagnóstico e incluir em formulário eletrônico via internet pelo médico responsável pelos seus cuidados e assistência e farão parte de um relevante banco de dados sobre a COVID19 no Brasil que é mantido pela Academia Brasileira de Neurologia.

Solicito também seu consentimento para levantar dados do seu prontuário médico para coletar informações lá contidas referentes a consultas feitas anteriormente, bem como considerar as informações oferecidas por você por meio diferentes meios de comunicação, como mensagem sonora ou por vídeo enviada por whatsapp, bem como mensagem digital whatsapp e email ou por site específico para registro de pacientes ou sistema de atendimento remoto, telemedicina.

Esta pesquisa não apresenta benefícios diretos aos voluntários, no entanto, os dados obtidos irão contribuir para o entendimento da capacidade do coronavírus entrar no sistema nervoso humano e causar lesão. Não lhe será solicitado nenhum exame a mais porque você entrou no estudo. Não haverá compensação financeira pela sua participação nesse estudo.

Os riscos e desconforto são mínimos. Porém, em caso de dano eventual decorrente da pesquisa você pode buscar indenização.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, o sr.(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento de participação e seus dados serão excluídos do sistema eletrônico, sem que isto traga prejuízo à continuidade de seu tratamento. Garantimos o sigilo e a privacidade

quanto às suas decisões e participação. A retirada do consentimento também poderá ser feita por meio de telefone, whatsapp, telemedicina, chat, email e correio.

Em todas as formas, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido gerará 2 comprovações de igual teor, sendo que 01 cópia será enviada para o seu email para o qual deve acusar recebimento, caracterizando entrega ao Senhor (a); outra cópia para o email do seu médico e uma cópia será mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa. A cópia para seu médico não é obrigatório. É só uma forma dele acompanhar melhor o que ocorre com você.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo. Meus dados como pesquisador: Nome:Doralina Guimarães Brum Souza, Telefone 16-981588255 Email:doralinagbrum@gmail.com.

Eu, _____, diante deste convite e após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo com meu médico por consulta presencial ou telemedicina, chat, telefone, whatsapp ou email, _____ (nome do médico) e CRM _____ e email _____ CONCORDO em participar de forma voluntária no estudo, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados por meio do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Concordo que meu médico receba uma cópia do meu consentimento por email. Também concordo que informações por mim prestada por meio de mensagens no whatsapp ou email sejam consideradas para o estudo. Além disso, concordo também em ser contactado futuramente, por telefone, whatsapp, email, ou correio tradicional para fornecer dados adicionais, como resultado de teste que possam não ter sido feitos na fase aguda da infecção devido a falta de testes ou isolamento social ou transtornos tardios e persistentes. Estou ciente que as informações relacionadas à minha condição clínica poderão ser compartilhadas com outros bancos de dados de maneira não identificada. Os meus exames de imagens, como ressonância magnética e tomografia computadorizada podem ser enviadas para revisores experientes que fazem parte do estudo. Estou ciente também que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas.

Local

_____/_____/_____
data

Participante da Pesquisa

Nome (paciente):

Endereço:

Telefone:

Whatsapp:

Email:

Pesquisador/Médico do paciente

Nome (pesquisador/Médico do paciente):

Endereço:

Telefone

Whatsapp:

Email: