

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Título do Relato de Caso Clínico:

Orientador:

Co-orientador:

Colaboradores:

Instituição de Ensino:

Seu tratamento teve início em (colocar mês e ano de início), na clínica odontológica da Faculdade Herrero, devido (colocar neste campo o motivo pelo qual o participante da pesquisa procurou o atendimento na Clínica de Odontologia da Faculdade em questão). Seu tratamento será realizado (colocar neste campo quantas vezes o participante teve que comparecer a clínica para atendimento, descrevendo quais os procedimentos foram realizados e porque, além de mencionar se foi realizada alguma extração dentária ou algum procedimento cirúrgico, sempre justificando a conduta). Com isso, gostaríamos de pedir autorização ao senhor (a) para realizar um relato de seu procedimento clínico, no qual todas as etapas de seu tratamento serão descritas, o qual será redigido na forma de um documento por escrito. Além disso, pedimos sua autorização para transcrever seu caso clínico na forma de um artigo acadêmico, o qual obedecerá às normas de uma revista científica da área, para que posteriormente também com autorização do senhor (a) possamos submeter à publicação. Para descrição do relato de seu caso clínico, pedimos autorização do senhor (a) para utilizar seus dados clínicos, os quais estarão em seu prontuário preenchido na clínica de odontologia da (colocar neste campo o local de tratamento do participante do relato de caso), sua documentação radiográfica, os modelos de gesso que possam vir a ser confeccionados conforme indicação do cirurgião dentista responsável, assim como as fotografias de sua região oral. Para isso deixamos claro que tais documentos, fotografias, radiografias e modelos serão requisitados conforme indicação proposta ao longo de seu tratamento.

No caso de seu tratamento necessitar de serviços terceirizados de prótese dentária, as despesas serão por conta do participante do relato, e se por ventura o caso não exigir esta etapa, o senhor (a) não terá outras despesas com o tratamento, já que todos os materiais utilizados serão disponibilizados gratuitamente pela (colocar neste campo a instituição onde o tratamento será realizado). Deixamos claro ao senhor (a) que, apenas despesas relacionadas ao transporte e alimentação sua e de seu acompanhante serão de seu encargo. Garantimos também que, o senhor (a) será clara e objetivamente orientado em relação aos cuidados que deverão ser tomados ao longo de seu tratamento, assim como, se necessário, o senhor (a) receberá prescrições de medicações para alívio da dor ou sensações de desconforto (colocar neste campo quais

os motivos pelos quais o participante da pesquisa poderá ter sensações de dor – descrever quais procedimentos podem lhe causar dor ou desconforto local após realização). Ainda se necessário o senhor (a) receberá indicações na forma de prescrições de medicações profiláticas para evitar a formação de processos inflamatórios ou infecciosos. Sob este aspecto deixamos claro que a aquisição das medicações indicadas pelos profissionais, em qualquer uma das etapas do tratamento serão despesas não cobertas pela instituição, e que, portanto, essas deverão ser adquiridas pelo senhor (a). No caso de persistência de qualquer sensação de desconforto ou dor ocasionada devido ao procedimento realizado o senhor (a) terá integral e imediata, assistência odontológica gratuita na (colocar neste campo a Instituição onde o tratamento será realizado).

Sua participação neste estudo não trará nenhum tipo de complicações legais, ressaltando ainda que sua dignidade será respeitada. O (a) sr. (sra.) não será submetido a nenhum procedimento inovador, o mesmo será realizado com técnicas bem sedimentadas na comunidade odontológica. Neste estudo será apenas relatado de forma clara e objetiva como seu tratamento foi realizado.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sua autorização para a descrição de seu caso clínico é voluntária e sua recusa não acarretará em qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) na clínica odontológica da instituição. Sua identidade será mantida em sigilo pelos profissionais responsáveis pelo relato de seu caso clínico, seu caso, os dados provenientes de seu tratamento e os possíveis materiais obtidos ao longo do tratamento odontológico, serão identificados com um código apropriado, assim como o senhor (a) não será identificado em nenhuma publicação acadêmica ou científica.

Este termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se impresso em duas vias, sendo que, uma das cópias será arquivada pelo pesquisador principal responsável por este estudo, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a).

Eu, (colocar neste campo o nome do participante do relato de caso) informado dos objetivos deste estudo, conforme descrição acima de forma clara e detalhada. Recebi informações a respeito do uso dos meus documentos odontológicos e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. Portanto, autorizo a divulgação do relato do meu tratamento na forma de um relato de caso clínico descrito como uma publicação impressa e ciente de sua apresentação à comunidade odontológica.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o senhor (a) poderá consultar a Coordenação do Comitê de ética em pesquisa da Faculdade Herrero, no email cep@herrero.edu.br. Ou ainda o senhor (a) poderá consultar diretamente o

pesquisador principal responsável por este estudo através do email (**preencher o endereço eletrônico do professor responsável pelo estudo**).

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

_____/_____/_____
Assinatura do Participante Nome do Participante Data

_____/_____/_____
Assinatura do Orientador Nome do Orientador Data

_____/_____/_____
Assinatura do Colaborador Nome do Colaborador Data