

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA RELATO DE CASO

Título: Retinopatia proliferativa em paciente com Anemia Falciforme: relato de caso

Seu tratamento teve início em junho de 1996, na Fundação Hemominas Juiz de Fora, para acompanhamento de Anemia Falciforme. O tratamento e a avaliação desta patologia consistem em reposição de ácido fólico, utilização de hidroxiuréia, suporte hemoterápico, exames laboratoriais e radiológicos periódicos além de avaliações sistêmicas clínicas e oftalmológicas. O objetivo deste Relato de Caso é apresentar, na forma escrita, as complicações oftalmológicas da anemia Falciforme e relatar as etapas do tratamento que foi realizado em você, sendo que este Relato de Caso poderá ser publicado em revista científica da área.

Para escrever este Relato de Caso, serão utilizados exames clínicos, exames radiográficos e oftalmológicos.

É importante ressaltar a inexistência de informações que possam levar a sua identificação, uma vez que todos os dados serão confidenciais.

Ressaltamos que a não concordância na autorização da divulgação dos dados em nada prejudica o seu tratamento.

Eu, Claudimar Cristina de Oliveira Silva, fui informada dos objetivos do trabalho acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos meus exames oftalmológicos e clínicos. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. Os Dra Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues e Dr. Luiz Oscar Machado Martins (pesquisadores responsáveis) certificaram-me de que todos os dados serão confidenciais, bem como o meu tratamento atual, ou demais tratamentos, não serão modificados em razão do meu consentimento ou não na divulgação dos dados. Portanto, autorizo a divulgação de meu caso clínico na forma de publicação escrita e apresentação à comunidade médica.

Caso tiver novas perguntas, posso chamar Dra. Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues (pesquisador responsável) no telefone 32 32573126. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos, ou se penso que fui prejudicado por esta autorização, posso chamar Felipe Affonseca Pedreira no telefone 32 32573100, assim como entrar em contato com o CEP-Hemominas (Comitê de Ética em Pesquisa da Hemominas) pelo telefone (31)3248-4587 para qualquer esclarecimento.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.


Assinatura do Paciente

CLAUDIMAR CRISTINA DE OLIVEIRA

Nome do Paciente

17/3/14

Data


Assinatura do Pesquisador

DANIELA DE OLIVEIRA

Nome do Pesquisador

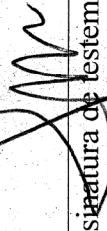
17/3/14

Data

Este formulário foi lido para CLAUDIMAR CRISTINA DE OLIVEIRA SILVA (nome do paciente) em

17/3/14 (data) pelo FELIPE AFFONSECA PEDREIRA (nome do pesquisador) enquanto eu

estava presente.


Assinatura de Testemunha

SERGIO RODRIGUES

Nome de Testemunha

17/3/14

Data