

Termo de consentimento esclarecido – Forma abreviada
Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Br. Portuguese)
Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

Investigador principal:
 (Principal Investigator)

Telefone:
 (Telephone)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, deve ser informado sobre:

- O título do estudo
- O que faz disso um estudo de pesquisa e como é diferente do atendimento médico padrão
- O objetivo da pesquisa
- Por quanto tempo você ficará no estudo
- Quais procedimentos serão realizados, incluindo os experimentais
- Os possíveis riscos (incluindo reprodutivos) e os possíveis benefícios
- As alternativas para participar
- Quais informações/amostras podem ser coletadas e como serão usadas e compartilhadas
- Como sua confidencialidade será protegida
- Compensação e tratamento que estarão disponíveis para qualquer possível lesão/problema relacionado à pesquisa (se houver mais do que o risco mínimo)
- Informações de contato
- Sua participação voluntária – Você pode optar por não participar ou parar mais tarde sem ser penalizado

Quando isso se aplicar, deve ser informado sobre:

- Possíveis riscos imprevisíveis (incluindo reprodutivos)
- A possibilidade do estudo terminar cedo sem o seu consentimento e procedimentos se o estudo terminar cedo
- Custo e pagamento (se houver pagamento)
- Ser informado de quaisquer resultados de testes ou estudos e de novas informações que possam estar relacionadas à sua disposição de continuar participando
- O número de participantes deste estudo

Para perguntas sobre:	Pessoa ou Escritório	Informações de contato
Este estudo e questões médicas relacionadas a este estudo, incluindo tratamento e compensação	Investigador principal: (Principal Investigator)	Número de telefone: (Phone Number)
	Investigador: (Investigator)	Número de telefone: (Phone Number)
Se você precisar entrar em contato com alguém que não seja da equipe do estudo sobre uma preocupação ou seus direitos como sujeito de pesquisa	Não membros da equipe do estudo (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239

É sua escolha participar. Você pode optar por não participar ou parar mais tarde sem ser penalizado. Se você concorda em participar, assine este formulário. Receberá uma cópia deste formulário e do formulário de informações. Ao assinar este formulário, você confirma que as informações acima foram explicadas, todas as suas perguntas respondidas de forma satisfatória e que você concorda em participar voluntariamente deste estudo.

 Nome impresso do participante
 (Printed Name of Participant)

 Assinatura do participante
 (Signature of Participant)

 Data
 (Date)

 Nome impresso da testemunha
 (Printed Name of Witness)

 Assinatura da testemunha
 (Signature of Witness)

 Data
 (Date)