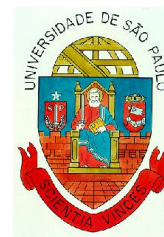




UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
**INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE SÃO PAULO**  
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 470  
 CEP 05403-000 - São Paulo - Brasil  
 Telefones: 3061-7012; 30617020 – Fax (011) 3088-5237



## TERMO DE ASSENTIMENTO DO BIOBANCO DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

(material coletado na rotina)

### TERMO DE ASSENTIMENTO

No Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo (IMT/USP), nós fazemos pesquisas. Com as pesquisas queremos encontrar maneiras de melhorar a vida de pessoas doentes, e às vezes até descobrimos novos tratamentos, ou exames que ajudem a descobrir que doença a pessoa tem.

Você está sendo atendido para o tratamento de uma doença. Para realização de seu tratamento foi solicitado um exame laboratorial. Depois de fazer esses exames, vai sobrar um pouco de material (sangue, urina, fezes ou outros) que normalmente seria jogado fora. Nós estamos solicitando sua autorização para guardar esse material que sobra, no Biobanco do **Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo**. Você não terá que fazer nenhuma coleta a mais para o Biobanco. Ou seja, você não precisará retirar mais sangue, trazer mais urina ou fezes, por exemplo.

Se você concordar, esse material biológico (sangue, urina, fezes ou outros) ficará guardado no Biobanco IMT/USP. Nesse Biobanco trabalha gente muito bem treinada, que vai cuidar das amostras que serão guardadas em freezer para a realização de pesquisas futuras.

Seu material será identificado apenas por código, seu nome e as informações sobre você serão guardados em outro local. As informações que serão

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_

registradas sobre você são: idade, sexo, onde você mora, se você tem alguma doença, resultados de exames, entre outras. Apenas os responsáveis pelo Biobanco podem conhecer suas informações.

Você pode conversar sobre nossa proposta com seu(s) pai(s) e amigo(s). Você pode decidir se quer autorizar ou não depois de ter conversado e não é preciso decidir imediatamente. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente, porque você ficou mais interessado ou preocupado. Por favor, peça que eu pare, a qualquer momento, e explique novamente. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não que seu material biológico fique guardado no Biobanco IMT e seja usado para futuras pesquisas. Ninguém ficará bravo com você se você disser não; a escolha é sua. Você pode pensar nisto e falar depois se você quiser. Você pode dizer “sim” agora e mudar de ideia depois e tudo continuará bem. Isso não vai prejudicar os cuidados que você recebe.

Se você retirar seu consentimento, você e seus pais (responsáveis legais) devem informar os responsáveis pelo Biobanco por escrito.

Este Termo foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina-USP, que avalia projetos de pesquisa(s) e assegura que os mesmos não tragam nenhum dano ao(s) participante(s) da(s) pesquisa(s). Se você precisar de mais informações sobre este Termo ou sobre os seus direitos, fale com este Comitê de Ética que fica na Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36. Cerqueira César - São Paulo – SP. CEP: 01246-000. Fone/Fax: 55+11+3893-4401 ou 3893-4407. E-mail: [cep.fm@usp.br](mailto:cep.fm@usp.br) O horário de atendimento é de segunda à sexta-feira, das 8h às 16 horas.

Se você quiser falar com o Biobanco do Instituto de Medicina Tropical/USP, o endereço é Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 470. CEP 05403-000 São Paulo -SP –Brasil. Telefones: (55+11) 3061-7011 ou 3061-7014. Fax: (55+11) 3088-5237. E-mail [imtsp@usp.br](mailto:imtsp@usp.br) O horário de atendimento é de segunda à sexta-feira, das 9 às 16 horas. A utilização de seu material biológico (sangue, urina, fezes entre outros) deverá ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa,

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_

sendo que seu nome não aparecerá quando os resultados da pesquisa forem apresentados em eventos científicos e/ ou publicados em revistas científicas.

Solicito que manifeste o seu desejo quanto às seguintes alternativas:

I- Necessidade de novo consentimento a cada pesquisa

II- Dispensa de novo consentimento a cada pesquisa

Você prefere que outra pessoa o represente e seja consultada a cada nova pesquisa?

Sim  Não .

Se sim, qual o nome da pessoa e como podemos entrar em contato (endereço, telefone, e-mail, grau de parentesco ou de relação com o participante da pesquisa).

---

---

Você poderá saber, a qualquer tempo, as informações sobre resultados de pesquisa realizados com o seu material biológico.

Você não receberá nenhum pagamento, nem terá que pagar nada, para que seu material biológico fique guardado no Biobanco IMT/USP e utilizado para pesquisas.

Este Termo deverá ser assinado em duas vias idênticas, sendo que uma ficará com você e uma ficará guardada no Biobanco.

Se você autorizar que seu material biológico fique guardado no Biobanco IMT/USP, para fins de pesquisa(s), seu(s) responsável(is) também terá(ão) que concordar. Mas se você não desejar autorizar, mesmo que seu(s) responsável(is) concorde(m), o seu material biológico não será guardado no

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_

Biobanco IMT/USP.

Obrigado por ler e/ou ouvir estas informações. Se você concordar que seu material biológico fique guardado no Biobanco IMT/USP e seja usado para pesquisas, assine abaixo.

Nome da criança/adolescente: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa que obteve o consentimento: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome do responsável pelo Biobanco: Dr. Paulo Cesar Cotrim

Assinatura \_\_\_\_\_

Rubrica do consentidor: \_\_\_\_\_ Rubrica do responsável pelo Biobanco: \_\_\_\_\_