**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) participar deste estudo, cujo objetivo é **Adotar uma lesão por meio da avaliação, realização do curativo diário, ou quando necessário e o registro fotográfico, garantindo efetividade da sua evolução.** Este projeto é orientado por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a quem poderá contatar a qualquer momento que julgar necessário, por meio de telefone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Depois de conhecer e entender os objetivos do Projeto, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios deste, este relato experiencia será apresentado de forma oral no evento científico do Projeto Adote uma Lesão. Estar ciente da necessidade do uso da sua imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**AUTORIZO** Os pesquisadores (**especificar nome de todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa inclusive do pesquisador responsável orientador**) do projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão intitulado **Adote uma Lesão (registro nº 914968106)**, a realizar as fotos ou imagens das lesões que se façam necessárias partes, liberando a utilização das mesmas, e colher informações sob a forma de entrevista semiestruturada, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes, em favor dos pesquisadores deste projeto, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Considero preservada minha participação como voluntário(a), sem coerção pessoal ou institucional, dando minha permissão para realização do registro fotográfico das lesões. Estou ciente que sou livre para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, e de não haver benefícios diretos ou imediatos para mim enquanto participante deste estudo. Finalmente, estou ciente que estarão garantidas de modo anônimo, evitando identificação do informante e de que serei respeitado(a) quanto a não ter tocado aspectos de foro íntimo, há não ser quando for de minha concordância em abordá-los.

**Nome do pesquisador Assinatura da pesquisado e/ou responsável**

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA OBTENÇÃO DA INSTITUIÇÃO SE O PACIENTE ESTIVER INTERNADO.**

Título do Projeto: **ADOTE UMA LESÃO**

Pesquisador Responsável:

Instituição/Departamento:

Telefone:

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes deste relato de experiência, cujos dados serão coletados por meio da anamnese e exame físico, registro fotográfico da lesão, exames complementares e radiodiagnósticos, no (especificar o local onde foram coletados os dados acima).

Informam ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e mantidas na (citar a Instituição ou departamento, endereço), por um período de 5 anos, sob a responsabilidade de.........................

Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da.....(Nomear a Instituição) em ..../..../....

Cidade

Assinatura do pesquisador responsável