

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DO BIOBANCO DE DENTES HUMANOS DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

O QUE É O BIOBANCO DE DENTES HUMANOS?

O BIOBANCO DE DENTES HUMANOS GUARDA DENTES QUE FORAM ARRANCADOS OU QUE CAÍRAM.

QUAL A FUNÇÃO DO BIOBANCO DE DENTES HUMANOS?

OS DENTES ARRANCADOS OU QUE CAÍRAM SERVEM PARA OS ALUNOS ESTUDAREM E PARA PESQUISAS.

COMO OS DENTES SÃO GUARDADOS?

OS DENTES SÃO GUARDADOS EM POTINHOS E RECEBEM UM CÓDIGO.

POR QUE PARTICIPAR DO BIOBANCO?

SEU DENTE PODE AJUDAR OS ALUNOS DE ODONTOLOGIA A ESTUDAR E AJUDAR EM NOVAS PESQUISAS. DESSA FORMA, VOCÊ PODE AJUDAR A MELHORAR A SAÚDE DE OUTRAS CRIANÇAS E ADULTOS.

SE EU PARTICIPAR DO BIOBANCO, QUE DIREITOS EU TENHO?

SOMENTE A EQUIPE DO BIOBANCO SABERÁ SEU NOME E SUAS INFORMAÇÕES NÃO SERÃO REVELADAS A NINGUÉM.

SE VOCÊ NÃO QUIZER PARTICIPAR, NÃO TEM PROBLEMA, VOCÊ NÃO TERÁ NENHUM PREJUÍZO EM SEU TRATAMENTO.

SE VOCÊ NÃO QUIZER MAIS PARTICIPAR DO BIOBANCO, A QUALQUER MOMENTO, PODERÁ VIR AO BIOBANCO E INFORMAR. VOCÊ TEM DIREITO DE SABER TUDO SOBRE SEU(S) DENTE(S).

VOCÊ NÃO PAGARÁ NADA NEM RECEBERÁ NENHUM TIPO DE PAGAMENTO PARA PARTICIPAR DO BIOBANCO.

QUAIS OS RISCOS DA PARTICIPAÇÃO NO BIOBANCO?

EXISTE O RISCO DOS DENTES SE PERDEREM E AS INFORMAÇÕES SEREM DIVULGADAS PARA OUTRAS PESSOAS, MAS NÓS FAREMOS TUDO PARA EVITAR ISSO. GUARDAREMOS OS DENTES E AS INFORMAÇÕES EM LOCAL SEGURO, NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFMG.

COMO FUNCIONA O USO DE DENTES EXTRAÍDOS EM PESQUISA?

TODA PESQUISA QUE USAR O(S) DENTE(S) SERÁ APROVADA POR UM GRUPO DE PESSOAS QUE AVALIA SE A PESQUISA É SÉRIA, CHAMADO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG.

A PESQUISA NÃO IRÁ DIVULGAR O SEU NOME.

SE TIVER ALGUMA INFORMAÇÃO IMPORTANTE SOBRE SEU DENTE, O SEU PAI OU RESPONSÁVEL SERÁ INFORMADO.

QUANTO TEMPO OS DENTES FICARÃO ARMAZENADOS?

O(S) DENTE(S) PODE(M) SER GUARDADO(S) POR MUITO TEMPO. O(S) DENTE(S) SERÃO DESCARTADO(S) QUANDO NÃO PUDEREM MAIS SER UTILIZADOS.

SE O(S) SEU(S) DENTE(S) FOREM LEVADOS PARA OUTRO BIOBANCO, AVISAREMOS SEU PAI OU RESPONSÁVEL.

ESTE TERMO DEVERÁ SER ASSINADO EM DUAS VIAS IGUAIS, SENDO QUE UMA FICARÁ COM VOCÊ E OUTRA FICARÁ NO BIOBANCO.

EU _____ ,
 IDADE _____, CONCORDO EM PARTICIPAR DO BIOBANCO DE DENTES HUMANOS DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA UFMG, CEDENDO MEU(S) DENTE(S) QUE FOI (FORAM) ARRANCADO(S). FUI ESCLARECIDO QUE ESTE(S) DENTE(S) FOI (FORAM) TIRADO(S) COMO PARTE DO TRATAMENTO PORQUE ERA NECESSÁRIO, COMO FUI INFORMADO PELO MEU DENTISTA.

 ASSINATURA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

 ASSINATURA DA PESSOA QUE RECEBEU O TERMO DE ASSENTIMENTO

 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO BIOBANCO

NOME DO RESPONSÁVEL PELO BIOBANCO: CLÁUDIA SILAMI DE MAGALHÃES

Biobanco de Dentes Humanos. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Antônio Carlos, 6627. Sala 2208-A (anexo à Clínica 4). Pampulha. Belo Horizonte. MG. CEP: 31270-901.

Endereço eletrônico: silamics@yahoo.com Telefone: 31 3409-2456.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos do Biobanco, você pode entrar em contato com:

COEP/UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa o II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte. MG. CEP: 31270-901. Endereço eletrônico: coep@prpq.ufmg.br. Telefax 31 3409-4592.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. SEPN 510 Norte, Bloco A, 3º Andar. Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde. CEP: 70750-521 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5878. Telefax: (61) 3315-5879. Endereço eletrônico: conep@saude.gov.br