



**Termo de assentimento do menor**

**Pacientes com idade 7-12 anos**

Estamos perguntando se você poderia participar da pesquisa **Registro Nacional de Encefalites Auto-imunes – Brasil (BrAIN - REGISTRY)**. Seus pais disseram que você poderia, mas não precisa participar se não quiser.

Nós vamos estudar uma doença que deixa o cérebro doente.



Vamos fazer alguns exames, rápidos e seguros, em você

- 1) Exame de sangue: vamos colocar uma agulha na veia do braço e retirar uma pequena quantidade de sangue, igual aos exames de sangue que você já realizou. A agulha pode causar alguma dor na hora da retirada do sangue, mas ela dura poucos minutos e esse é um exame seguro.



- 2) Exame do líquido da coluna: vamos colocar uma agulha nas costas para retirar uma pequena quantidade de líquido que fica ao redor do cérebro. Esse exame é seguro, mas pode causar um pouco de dor de cabeça depois da retirada. Se isso acontecer vamos dar para você um remédio para dor.



Vamos também perguntar informações para o seu médico sobre a sua doença. Com essa pesquisa queremos ajudar outras crianças e adultos a melhorar!



O seu médico continuará cuidando de você durante a pesquisa. Caso aconteça algum problema por causa da pesquisa, seus pais vão nos avisar e cuidaremos de você pelo tempo que for preciso!



Caso tenha alguma dúvida, pergunte para seus pais, ou seu médico.

A líder do nosso projeto é a Dra. Lívia Almeida Dutra. Ela trabalha no Hospital Israelita Albert Einstein, Bloco A, 1S- Sala dos Gestores, de segunda às sextas-feiras pela manhã ou através do telefone (11) 981155912.

Seus pais têm o contato do nosso Comitê de Ética do Hospital Albert Einstein, que está localizado no Centro de Ensino e Pesquisa Albert Einstein – Campus Cecília e Abram Szajman, na rua Comendador Elias Jafet n.755, Piso L4 – sala 407-F/407-G, Morumbi, São Paulo - SP, CEP: 05653-000. Ele funciona de segunda a sexta-feira das 7h30 às 16h, telefone (11) 2151-3729 / Fax (11) 2151-0273, e-mail [cep@einstein.br](mailto:cep@einstein.br)

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, nem vamos dizer a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem as pessoas saberem que você participou.

**Registro Nacional de Encefalites Auto-imunes (BrAIN - REGISTRY)**

Se você não quiser que guardemos suas amostras, você deverá pedir aos seus pais para fazer uma solicitação por escrito e assinada. Este pedido pode ser feito a qualquer momento e terá validade a partir da data da comunicação da decisão.

Você receberá uma via desse documento assinada por você e pelo pesquisador do projeto

Se concordar, assine abaixo:

Nome completo do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome completo do responsável pelo assentimento: \_\_\_\_\_

-----

Assinatura do responsável pelo assentimento      Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_