

IMPACTO DA PESQUISA CIENTÍFICA PARA A FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Título: _____

Pesquisador Principal: _____

Instituição Proponente: _____

Instituição Coparticipante (se aplicável): _____

Departamento/ Serviço onde ocorrerá a pesquisa: _____

1. Tipo de projeto:

- () Acadêmico (alunos e professores) () Lato sensu
() Patrocinado (Especificar patrocinador: _____) () Stricto sensu

2. Curso/ serviço:

- () Enfermagem () Farmácia
() Terapia Ocupacional () Nutrição
() Medicina () Fisioterapia
() Outros: _____

3. Áreas de conhecimento envolvidas:

- () Saúde Clínica () Educação em saúde
() Medicamentos () Humanas
() Laboratório () Outros: _____

4. Atividades previstas:

- () Monitoramento Clínico Médico/ Enfermagem;
() Preparo e guarda de medicamentos;
() Administração de medicamentos;
() Preenchimento de impresso extra prontuário do paciente;
() Cuidados específicos;
() Aplicação de questionário;
() Relato de caso;
() Outras

Descrever o que compõe cada atividade prevista assinalada:

5. Equipe técnica para execução do projeto:

() Própria () FMABC () CEPHO () CEPES () Outros

Descrever a composição da equipe técnica que estará envolvida na execução do projeto:

6. Explicitar custos que se relacionam com a prática da pesquisa, excluindo os da prática clínica e informar a fonte de financiamento para cada item assinalado:

() Captação de participantes para o estudo
R\$ _____ Financiamento: () Próprio () FMABC () Patrocinado: _____

() Exames diagnósticos da condição a ser estudada
R\$ _____ Financiamento: () Próprio () FMABC () Patrocinado: _____

() Tratamento ou avaliação da condição a ser estudada
R\$ _____ Financiamento: () Próprio () FMABC () Patrocinado: _____

() Recursos humanos adicionais envolvidos para o estudo
R\$ _____ Financiamento: () Próprio () FMABC () Patrocinado: _____

() Materiais de escritório
R\$ _____ Financiamento: () Próprio () FMABC () Patrocinado: _____

7. Previsão de término: ____/____/____

Declaro que estou ciente e cumprirei os requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares para realização da pesquisa científica na FMABC e caso as mesmas não sejam observadas poderá implicar na suspensão e cancelamento do projeto na instituição, bem como assumo o compromisso de encaminhar os relatórios exigidos pelo CEP e arquivar no prontuário do paciente uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado.

Santo André, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador: _____