

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: _____