|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| USO RESERVADO AO CENTRO DE PESQUISA CLÍNICA | | | |
| **RECEPÇÃO | Triagem e Conferência de Documentos** | Clique aqui para inserir data | **Responsável pelo recebimento:**  Clique aqui para inserir o texto | **Protocolo nº:**  Número / Ano |
| **APROVAÇÃO | Centro de Pesquisa Clínica IMREA** | Clique aqui para inserir data | **SUBMISSÃO | Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP** | Clique aqui para inserir data |
| **APROVAÇÃO | Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação** | Clique aqui para inserir data | **APROVAÇÃO | Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP** | Clique aqui para inserir data |
| **CAAE CEP/CONEP**  Clique aqui para inserir texto |
|  | | | |
| PREENCHIMENTO EXLUSIVO DO PESQUISADOR | | | |
| Título: Clique aqui para inserir o texto | | | |
| Pesquisador Responsável:Clique aqui para inserir o texto  Pesquisador Executante: Clique aqui para inserir o texto  E-mail: Clique aqui para inserir o texto  Telefone: Clique aqui para inserir o texto     Celular: Clique aqui para inserir o texto  Vínculo: IMREA HC FMUSP FFM Instituto de Reabilitação Lucy Montoro Outro: | | | |
| Motivo da Pesquisa: | | | |
| Iniciação Científica / Estágio Curricular | | Residência Médica (Medicina Física e Reabilitação) | |
| Residência Multiprofissional | | Pós-Graduação / Mestrado | |
| Projeto Regular (Grupos / Disciplinas) | | Pós-Graduação / Doutorado | |
| Estágio Médico | | Livre-Docência | |
| Financiamento externo (empresa contratante): | | | |
| **Linha de Pesquisa:** | | | |
| Avaliação de Tecnologias em Saúde | | Novas Abordagens em Reabilitação: Robótica | |
| Avaliação Funcional das Incapacidades | | Plasticidade Cerebral | |
| Intervenções Multidisciplinares de Reabilitação | | Terapêutica Medicamentosa e Não-Medicamentosa | |
| Neuromodulação | | Termografia | |
| **Tipo da Pesquisa Científica:** | | | |
| Ensaio Randomizado (controlado, duplo-cego, etc) | | Estudo Retrospectivo / Prontuários / Relato de Caso | |
| Prospectivo com Controle, Não Randomizado / Coorte | | Revisão Sistemática da Literatura / Metanálise | |
| Opinião Especialista / Consenso / Atualização / Revisão | | Outro: | |
| **Outras Instituições Participantes:** | | | |
| Unidades HC FMUSP:        Instituições de Ensino e Pesquisa Externas: | | | |
| Instituições (Industria): | | | |

***Os autores, abaixo assinados, declaram para os devidos fins que estão cientes e concordam com o protocolo de pesquisa em anexo e confirmam a participação como pesquisador envolvido (co-autor).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RELAÇÃO DE AUTORES EM ORDEM DE APARECIMENTO NA PUBLICAÇÃO** | | |
| 1 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |
| 2 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |
| 3 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |
| 4 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |
| 5 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |
| 6 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |
| 7 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |
| 8 | Nome: Clique aqui para inserir o texto | Assinatura: |

*Os planos de pesquisa executados fora do complexo HCFMUSP, deverão ser aprovados anteriormente pela Comissão de Ética do Hospital / Instituição onde será desenvolvido e enviado posteriormente para a aprovação da CAPPesq. Qualquer alteração no Plano de Pesquisa, ou do Título, deverá ser comunicado a esta Comissão Científica.*

*Para as pesquisas com novos fármacos, medicamentos, vacinas ou testes diagnósticos deverá ser observada a* ***Norma de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos na Área Temática de Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos – CEP / CONEP / MS*** *(Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 251, de 7 de agosto de 1997).*

*Para as pesquisas envolvendo seres humanos deverá ser observada a resolução sobre os* ***Aspectos Éticos da Pesquisa em Humanos – CEP / CONEP / MS*** *(Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | O protocolo de pesquisa por mim proposto, não apresenta vínculo de qualquer natureza, inclusive financeiro, com instituição pública ou privada. Neste ato obrigo-me a comunicar formalmente ao Instituto de Medicina Física e Reabilitação do HC-FMUSP qualquer alteração que contrarie esta declaração no transcorrer e mesmo após o término do projeto; estando ciente das responsabilidades legais e sanções institucionais no descumprimento do presente termo (Ex.: equipamentos, ferramental, instrumental, material de consumo, viagens, medicamentos, doações, testes, divulgação, ajuda de custo, etc).  **Não assinalar este item implica na admissão de patrocínio**. | |
| **São Paulo,** Inserir uma data. | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura do Pesquisador Responsável** |