**Anexo 6D – Formulário para Pesquisa com Seres Humanos**

|  |
| --- |
| **7ª FECITEP 2013** |
| **FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE RISCOS (Anexo 6C)** Obrigatório para Projetos envolvendo Seres Humanos e com aprovação prévia da Comissão de Revisão Institucional.Projetos envolvendo Seres Humanos e com aprovação prévia da Comissão de Revisão Institucional. | Deve ser preenchido pelo/s aluno/s, pelo Professor Orientador, pela Comissão de Revisão Institucional, pelo indivíduo pesquisado e pelo Pai ou Responsável do individuo pesquisado (quando menor de 18 anos). |
| **TÍTULO DO PROJETO:** | ( )Projeto Novo ( ) Projeto em Continuidade |
| Nome de contato principal: | Fone para contato: |
| Categoria: ( ) Individual (1 estudante) Grupo: ( ) ..........estudantes (até no máximo três). |
| **Instituição:** |
| **Eixos Tecnológicos:** ( ) Ambiente e Saúde ( ) Segurança ( ) Desenvolvimento educacional e Social ( ) Controle e Processos Industriais( ) Gestão e Negócios( ) Hospitalidade e Lazer ( ) Informação e Comunicação ( ) Infraestrutura ( ) Produção Alimentícia ( ) Produção Cultural e Design |
| Estudante autor 1: | E-mail: |
| Estudante autor 2: | E-mail: |
| Estudante autor 3: | E-mail: |
| Professor/a Orientador/a | E-mail: |
| Professor/a Co-orientador/a: | E-mail: |
| **1. Avaliação de Risco** (Todas as perguntas abaixo devem ser respondidas. Para isso, se necessário, utilize folhas adicionais) – Campo de preenchimento do/s aluno/s. |
| a)Descreva os objetivos deste estudo e liste todos os procedimentos nos quais os indivíduos estarão envolvidos, incluindo o tempo de duração destes procedimentos. Anexe questionários ou formulários de pesquisa que serão utilizados:b) Descreva quaisquer riscos, desconfortos ou benefícios potenciais que os indivíduospodem estar sujeitos ao participarem da pesquisa (sejam de natureza física, psicológica, social, legal ou outro):1. Descreva os procedimentos que serão utilizados para minimizar os riscos, para obter consentimento e manter o caráter confidencial da pesquisa:
2. Identifique, se for o caso, o Cientista Qualificado com o qual você está trabalhando: Nome:

Formação:Eu/Nós submeti/emos o Plano de Pesquisa, o qual está de acordo com todos os procedimentos indicados nas instituições para pesquisa com Seres Humanos: objetivos, como minimizar riscos e desconforto (se houver), benefícios, confidencialidade, procedimento para obter consentimento, etc.Assinatura (aluno 1) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura (aluno 2) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura (aluno 3) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2. Aprovação da Comissão de Revisão Institucional (CRI)** |
| a) Identificamos o seguinte nível de risco na Pesquisa:( ) Risco mínimo: consentimento é recomendável, mas não obrigatório. ( ) Risco mínimo: consentimento é obrigatório.( ) Risco superior ao mínimo: consentimento e Cientista Qualificado são obrigatórios.b) Identificação do profissional da Comissão de Revisão Institucional responsável pela aprovação:( ) Projeto está aprovado.b.a) Profissional da área da Saúde Mental ou Medicina (psicólogo, psiquiatra, médico, enfermeiro, assistente social):Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da Aprovação: / / E-mail: Telefone: Cargo: Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b.b) Professor de Ciências:Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da Aprovação: / / E-mail: Telefone: Cargo: Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b.c) Administrador da escola:Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data da Aprovação: / / E-mail: Telefone: Cargo: Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c) Indicação de condições e/ou exigência de revisão.( ) O projeto requer revisões e NÃO está aprovado neste momento. |

|  |
| --- |
| **3. Consentimento do Individuo Pesquisado** |
| a) Li e compreendi as condições e riscos acima e concordo em participar desta pesquisa voluntariamente: ( ) Sim ( ) Nãob) Estou ciente que tenho liberdade para retirar meu consentimento e não participar deste estudo em qualquer momento, sem consequências negativas: ( ) Sim ( ) Nãoc) Autorizo o uso de imagens visuais que envolvem minha participação na pesquisa: ( ) Sim ( ) NãoNome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data do Consentimento: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4. Consentimento do Pai ou Responsável do Indivíduo Pesquisado (quando menor de 18 anos)** |
| a)Li e compreendi as condições e riscos acima e concordo com a participação do meu/minha filho/a nesta pesquisa voluntariamente: ( ) Sim ( ) Nãob) Estou ciente do conteúdo dos formulários de pesquisa e/ou questionários utilizados nesteProjeto: ( ) Sim ( ) NãoAutorizo o uso de imagens visuais que envolvem a participação do meu/minha filho/a na pesquisa: ( ) Sim ( ) NãoNome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data do Consentimento: ­­­­\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |