**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 indivíduos  podem 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 ( ) Não  b) Estou ciente que tenho liberdade para retirar meu consentimento e não participar deste estudo em qualquer momento, sem consequências negativas: ( ) Sim ( ) Não  c) Autorizo o uso de imagens visuais que envolvem minha participação na pesquisa:  ( ) Sim ( ) Não  Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 ( ) Não  b) Estou ciente do conteúdo dos formulários de pesquisa e/ou questionários utilizados neste  Projeto:  ( ) Sim ( ) Não  Autorizo o uso de imagens visuais que envolvem a participação do meu/minha filho/a na pesquisa:    ( ) Sim ( ) Não  Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data do Consentimento: ­­­­\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |