**Anexo 6F – Formulário para Pesquisa com Agentes Biológicos Potencialmente Perigosos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7ª FECITEP 2013** | | | |
| **FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM AGENTES BIOLÓGICOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS (Anexo 6F)**  Obrigatório para Projetos que envolvam micro-  -organismos, DNA recombinante, tecidos humanos ou de animais, sangue e fluidos corporais. É necessária a aprovação formal de uma Instituição de pesquisa especializada. | Deve ser preenchido pelo/s aluno/s, pelo Cientista Qualificado ou Supervisor Designado e pela Comissão de Revisão Institucional. | | |
| **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. Detalhamento sobre a Pesquisa** (Todas as perguntas abaixo devem ser respondidas. Para isso, se necessário, utilize folhas adicionais). Campo de preenchimento do/s aluno/s junto com o Cientista Qualificado ou Supervisor Designado. | | | |
| a) Identifique os Agentes Biológicos Potencialmente Perigosos que serão utilizados na Pesquisa. Cite a fonte, quantidade e o nível de biossegurança do grupo de risco de cada micro-organismo:  b) Descreva o local onde será desenvolvida a pesquisa, incluindo o nível de refreamento biológico:  c) Descreva os métodos de remoção do material em cultura e de outros Agentes Biológicos  Potencialmente Perigosos  d)Descreva os métodos utilizados para minimizar os riscos (utilização de EPIs, etc.):  e) Qual o nível de biossegurança recomendado para este projeto devido ao risco potencial para o desenvolvimento da pesquisa? | | | |
| **2. Aprovação do Cientista Qualificado** (Campo de preenchimento pelo Cientista qualificado ou Supervisor Designado). | | | |
| a) Que tipo de treinamento o/s aluno/s recebeu/ram para o desenvolvimento deste  Projeto?  b) Você concorda com as informações sobre biossegurança fornecidas pelo/s aluno/s acima? ( ) Sim ( ) Não  c) Em caso Negativo (item b), por favor, explique:  Nome do Cientista Qualificado/ Supervisor Designado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data da Aprovação: / /  E-mail: Telefone: \_\_\_  Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **3. Aprovação da Comissão de Revisão Institucional (CRI)** | | | |
| a) Quando o Projeto não possui pré-aprovação institucional:  ( ) O CRI revisou o Plano de Pesquisa deste Projeto, seu Anexo e a Avaliação de Risco e Segurança acima e aprova o Projeto como um estudo NBS-1 e, portanto, deve ser conduzido em um Laboratório de nível NBS-1 ou superior.  ( ) O CRI revisou o Plano de Pesquisa deste Projeto, seu Anexo e a Avaliação de Risco e Segurança acima e aprova o Projeto como um estudo NBS-2 e, portanto, deve ser conduzido em um Laboratório de nível NBS-2 ou superior.  Nome do aprovador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data da Aprovação: / /  E-mail: Telefone: Cargo:  Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  b) Quando o Projeto possui pré-aprovação institucional para ser conduzido em Laboratórios com NBS-2 ou superior:  ( ) Este Projeto foi revisado e aprovado pelo CRI regulamentado antes do desenvolvimento da Pesquisa em um Laboratório de nível NBS-2 ou superior e está de acordo com o Regulamento da FECITEP. Os formulários institucionais necessários estão em anexo.  Nome do aprovador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data da Aprovação: / /  E-mail: Telefone: Cargo:  Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**Anexo 6G – Formulário para Pesquisa com Tecidos Animais ou Humanos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7ª FECITEP 2013** | | | |
| **FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM TECIDOS ANIMAIS OU HUMANOS (Anexo 6G)**  Obrigatório para Projetos que envolvam tecidos humanos ou de animais recentes, não secos, culturas celulares, sangue ou subprodutos e fluidos corporais. Para o projeto que utiliza estes tecidos, devem ser preenchidos também os Formulários 6E e 6F. | Deve ser preenchido pelo/s aluno/s e pelo  Cientista Qualificado ou Supervisor Designado. | | |
| **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. Detalhamento sobre a Pesquisa** (Todas as perguntas abaixo devem ser respondidas. Para isso, se necessário, utilize folhas adicionais). Campo de preenchimento do/s aluno/s. | | | |
| a) Que tecido, órgãos, partes, fluidos serão utilizados na Pesquisa?  b) Onde serão obtidos estes tecidos, órgãos, partes, fluidos utilizados na Pesquisa? (identifique cada um separadamente):  c) Se o tecido for obtido a partir de uma fonte particular em um Instituto de pesquisa é necessário incluir as informações a respeito do estudo de animais vertebrados do qual esta amostra de tecido foi obtido. Inclua o nome da Instituição de Pesquisa, o título do estudo, o número e as datas de aprovações desta pesquisa pelas instituições adequadas: | | | |
| **2. Aprovação do Cientista Qualificado** (Campo de preenchimento pelo Cientista qualificado ou Supervisor Designado). | | | |
| ( ) Eu certifico que o/s aluno/s trabalhará/ão somente com órgãos, tecidos, culturas ou células fornecidas a ele/s por mim ou por funcionários qualificados de um laboratório e que os animais vertebrados utilizados foram mortos por motivos que não tenham a ver com a pesquisa do/s aluno/s.  e/ou  ( ) Eu certifico que o sangue ou seu subproduto, tecidos ou fluidos corporais deste projeto serão manuseados de acordo com os padrões e determinações da Legislação de Segurança e Saúde local.  Nome do Cientista Qualificado/ Supervisor Designado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data da Aprovação: / /  E-mail: Telefone: \_\_\_  Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |