



**PROTOCOLO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA HOSPITAL SANTA CRUZ**

**Dados Pessoais**

Pesquisador/Responsável:

Curso/Programa:

RG

CPF:

E-mail:

Telefone

**Pesquisadores de Campo**

Curso/Programa:	Nome	E-mail	Telefone

**Dados do projeto**

1. Título do projeto:

2. Palavras-chave:

3. Resumo:

4. Objetivo:

5. Setor de desenvolvimento:

6. Sujeitos do estudo:

6.1 Critérios de inclusão	
6.2 Benefícios dos sujeitos:	
6.3 Riscos dos sujeitos:	
7. Instrumentos de coleta:	
7.1 Etapa da coleta:	
8. Turno de desenvolvimento: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
9. Duração (Início/Fim):	
10. Período de Coleta:	
11. Será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por que?	
12. Anonimato do município: <input type="checkbox"/> Será mantido <input type="checkbox"/> Não será mantido <input type="checkbox"/> Não menciona	
13. Anonimato da Instituição: <input type="checkbox"/> Será mantido <input type="checkbox"/> Não será mantido <input type="checkbox"/> Não menciona	
14. Anonimato da população: <input type="checkbox"/> Será mantido <input type="checkbox"/> Não será mantido <input type="checkbox"/> Não menciona	
15. Benefícios para a Instituição:	
16. Riscos para a Instituição:	
Os riscos que possam ocorrer durante a coleta na instituição, serão de inteira responsabilidade do pesquisador.	
Data	Nome do Pesquisador responsável e assinatura
<b>Parecer da Instituição/HSC:</b> <input type="checkbox"/> Favorável ao projeto <input type="checkbox"/> Não favorável ao projeto	
_____ Assinatura do Responsável pela Instituição/HSC	