**Rede Nacional de Pesquisa Clinica- RNPC**

**Check List para avaliação de pesquisas**

O Pesquisador deverá cumprir as observações descritas a seguir.

A ausência de qualquer dos itens acarretará a não avaliação do Pré Projeto e em sua devolutiva até que sejam cumpridos todos os pontos necessários.

**Este Checklist todo preenchido deve ser enviado para analise.**

|  |  |
| --- | --- |
| Pesquisador |  |
| Formação Profissional |  |
| Titulação |  |
| Telefone para contato |  |
| Email |  |
| Nº do Conselho |  |
| Nº do CPF |  |
| Endereço do pesquisador com indicação do bairro |  |
| Titulo do Projeto |  |
| Orientador |  |
| Email e telefone do ORIENTADOR |  |
| Instituição Proponente |  |
| Finalidade da Pesquisa | Graduação, mestrado, doutorado, etc |
| Previsão para conclusão da pesquisa |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Por gentileza, preencher o documento digitalmente e nos reenviar o arquivo.**

**N.A – não se aplica.**

**Ok – para os itens que foram efetivamente cumpridos.**

O Projeto deverá conter:

1. **Autorização do chefe de Serviço** (documento necessário para autorização da pesquisa nos setores).

( ) O documento deverá ter suas informações digitadas. Nenhum documento preenchido a mão será considerado para analise.

( ) O Chefe do Serviço onde se dará a pesquisa deverá assinar e carimbar o documento.

1. **Carta de anuência do núcleo de atendimento ao cliente** (documento que autoriza o pesquisador a ter acesso aos prontuários do HGF).

( ) O documento deverá ter suas informações digitadas. Nenhum documento preenchido a mão será considerado para analise.

( ) O responsável pelo NAC HGF deverá assinar e carimbar o documento.

1. **Termo de Fiel Depositário de Banco de dados (se houver).**

( ) É usado banco de dados (cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual;) especifico do setor?

( )O Responsável por esse Banco de dados deve assinar o termo próprio autorizando o acesso a estes dados.

( ) As informações desse documento devem ser preenchidas de forma digitada. O Documento só será válido se estiver assinado e carimbado pelo responsável.

1. **Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE.**

( ) Todos os campos propostos no documento padrão enviado ao pesquisador devem ser preenchidos de forma digitada. (A assinatura do participante só é colhida após o CEP HGF emitir o parecer).

1. **Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) -** somente para pesquisas com participantes menores de 18 anos, com idade entre 5 e 17 anos de idade.

( ) Todos os campos propostos no documento padrão enviado ao pesquisador devem ser preenchidos de forma digitada. (A assinatura do participante só é colhida após o CEP HGF emitir o parecer).

( ) não substitui a necessidade de consentimento informado dos pais e/ou responsáveis..

1. **Termo de Compromisso do Pesquisador.**

( ) O documento deve ser todo preenchido de forma digitada, assinado e carimbado pelo pesquisador responsável pela pesquisa. (Deve ser enviado a SEAP digitalizado)

1. **Local de realização da Pesquisa.**

( ) Se o local da pesquisa for o Hospital Geral de Fortaleza, o nome do hospital deverá estar expressamente indicado na metodologia do projeto como local de realização da pesquisa.

1. **Orçamento.**

( ) O orçamento contem todos os itens citados na metodologia  a serem usados na pesquisa? (também incluem-se o material de escritório usado para compilar as informações- caneta, papel, impressora, etc).

( ) No orçamento tem a observação de que o “Hospital de Geral de Fortaleza não terá qualquer ônus com a realização da pesquisa”?

1. **Declaração de infraestrutura (se houver).**

( ) No caso de pesquisas em prontuários, entrevistas ou grupos focais, assim como para atender eventuais problemas dela resultante.

( ) A declaração deve expressar a concordância da instituição.

O Pesquisador é responsável por todos os dados que são inseridos nos documentos de autorizações. Os documentos são de total responsabilidade do Pesquisador cabendo a ele colher as assinaturas necessárias.