

Projeto ou Estudo de Investigação

Título

Trabalho Académico | Conferente de Grau Não conferente de grau

Licenciatura Mestrado Doutoramento

Tipo de Estudo (em concordância com a lei n.º 21/2014 de 16 de abril, na sua redação atual)

Clínico com intervenção Clínico sem intervenção Clínico de dispositivo médico

Outro Qual?

Área(s) científica(s) de investigação (indique a especialidade):

Subárea de investigação:

Data de início: ____/____/____ Data de conclusão: ____/____/____ (anexar cronograma)

Caraterísticas do estudo

Fundamentação teórica /justificação do estudo

Objetivos

Metodologia

1. Tipo de estudo:

2. Local onde decorre o estudo:

3. População / Participantes:

4. Amostra (critérios de inclusão e exclusão):

5. Instrumentos de recolha de dados (anexar documentos relevantes):

6. Procedimentos:

7. Potenciais riscos/incómodos para os participantes do estudo:

8. Procedimentos a implementar, no caso de descoberta acidental adversa:

9. Potenciais benefícios para os participantes do estudo:

10. Está prevista a obtenção de Consentimento Informado Esclarecido e Livre? Sim Não
(Em caso afirmativo consulte o guião "Consentimento Informado Esclarecido e Livre", e anexe um exemplar elaborado para o estudo)

11. Como é garantida a confidencialidade dos dados recolhidos?

Investigadores

Investigador responsável pela submissão à CE

Nome Completo:

Email:

Telemóvel:

Instituição:

Categoria Profissional:

Equipa de Investigação

Nome(s) Completo(s):

Email(s):

Contacto(s):

Orientador

Nome Completo:

Email:

Telemóvel:

Instituição:

Categoria Profissional:

Co-Orientador (se aplicável)

Nome Completo:

Email:

Telemóvel:

Instituição:

Categoria Profissional:

Elo de Ligação da CSSMH (se aplicável)

Nome Completo:

Email:

Telemóvel:

Instituição:

Categoria Profissional:

Instituições e Serviços Envolvidos

Serviço onde vai ser desenvolvido:

Outras instituições envolvidas: (se aplicável):

Elo de ligação (um por instituição interveniente, se aplicável)

Nome(s) Completo(s):

Email(s):

Contacto(s):

Instituição:

Categoria Profissional:

Documentos anexados a este formulário

	Sim	Não
Termo de Responsabilidade (IMP 001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimento para Realização de Investigação (IMP 002)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaração de Compromisso de Honra (IMP 003)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentos de Recolha de Dados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentimento Informado Esclarecido e Livre (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae (abreviado) investigador principal (não aplicável a alunos licenciatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae (abreviado) Orientador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum Vitae (abreviado) Co-Orientador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cronograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>