



HOSPITAL  
Felício Rocho

## Formulário de análise de Pesquisa Acadêmica no Hospital Felício Rocho

Nome do pesquisador:		
Clínica de Registro do Pesquisador no HFR:		
Orientador:		
Título da pesquisa:		
Tipo de estudo:		
Tamanho da amostra:		
Tem aplicação de TCLE?	Sim: <input type="checkbox"/> <i>Qual abordagem será realiza com Paciente ou funcionário (coleta de dados, entrevista, procedimentos)?</i> _____	Não: <input type="checkbox"/>
Irá solicitar acesso a banco de dados ao setor de Tecnologia da Informação?	Sim: <input type="checkbox"/> <i>Qual período de abrangência (MM/AA)?</i> De ____/____/____ até ____/____/____ <i>Quais tipo de dados (demográficos, tratamento, cirúrgicos etc.)?</i> _____ <i>Qual formato de envio (planilha Excel, banco de dados etc.)?</i> _____	Não: <input type="checkbox"/>
Precisará utilizar estrutura do Hospital (consultório, farmácia, exames)?	Sim: <input type="checkbox"/> Quais? _____ _____	Não: <input type="checkbox"/>
Tipo de custeio da pesquisa	Terceiros: <input type="checkbox"/> Próprio: <input type="checkbox"/>	Não se aplica: <input type="checkbox"/>
	Orçamento previsto (R\$): _____ Patrocinador(es): _____	
Precisa de acesso de pesquisadores externos ao Hospital?	Sim: <input type="checkbox"/> <i>Nome da Pessoa e Instituição de origem:</i> _____ _____ <i>Setor de acesso:</i> _____	Não se aplica: <input type="checkbox"/>
Qual previsão de término da pesquisa (MM/AA)?	____/____	Não se aplica: <input type="checkbox"/>
Resumo da pesquisa (objetivo geral e metodologia):		

Obs.: Colocar não se aplica para os campos que não houver respostas.

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura Pesquisador Principal \_\_\_\_\_