**Лист-заява**

**на проведення ПОВТОРНОЇ експертизи**

**Комісією з питань етики**

**ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України»**

Прошу Комісію провести експертизу та погодити дослідження:

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва дослідження:** |  |
| **Номер, дата Протоколу:** |  |
| Термін дослідження: |  |
| Період збору даних: |  |
| Мета дослідження: |  |
| Фінансування: | Выберите элемент. |
| Статус фінансування: | Выберите элемент. |
| Джерело коштів: |  |
| Номер, дату контракту: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Головний/а дослідник/ця:** | *Вкажіть ПІБ та посаду* |
| Організація або відділ: |  |
| Поштова адреса: |  |
| Електронна адреса: |  |
| Контактний телефон: |  |
| **Співдослідник\ця 1:** | *Вкажіть ПІБ та посаду* |
| Організація або відділ: |  |
| Поштова адреса: |  |
| Електронна адреса: |  |
| Контактний телефон: |  |
| **Співдослідник/ця 2:** | *Вкажіть ПІБ та посаду* |
| Організація або відділ: |  |
| Поштова адреса: |  |
| Електронна адреса: |  |
| Контактний телефон: |  |
| **Співдослідник/ця 3:** | *Вкажіть ПІБ та посаду* |
| Організація або відділ: |  |
| Поштова адреса: |  |
| Електронна адреса: |  |
| Контактний телефон: |  |
| **Співдослідник/ця 4:** | *Вкажіть ПІБ та посаду* |
| Організація або відділ: |  |
| Поштова адреса: |  |
| Електронна адреса: |  |
| Контактний телефон: |  |
| **Співдослідник/ця 5:** | *Вкажіть ПІБ та посаду* |
| Організація або відділ: |  |
| Поштова адреса: |  |
| Електронна адреса: |  |
| Контактний телефон: |  |

Спеціальні визначення та запити:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Дослідження передбачає участь дітей | Выберите элемент. |
| 2 | Дослідження передбачає участь людей з інвалідністю | Выберите элемент. |
| 3 | Дослідження передбачає участь вагітних | Выберите элемент. |
| 4 | Дослідження передбачає участь ув’язнених | Выберите элемент. |
| 5 | Дослідження передбачає участь соціальних груп меншин, які вирізняються у суспільстві своїми фізичними, культурними чи поведінковими характеристиками | Выберите элемент. |
| 6 | Дослідження передбачає участь школярів / студентів | Выберите элемент. |
| 7 | Дослідження має невизначений ступінь ризику | Выберите элемент. |
| 8 | Дослідження передбачає збір біологічних зразків чи застосування біомедичних/ психологічних процедур | Выберите элемент. |
| 9 | Запит на відмову від письмової інформованої згоди | Выберите элемент. |
| 10 | Запит на застосування виключення від експертизи | Выберите элемент. |
|  |  | Выберите элемент. |

Відповідно до результатів повної експертизи Протоколу дослідження, внесені відповідні зміни. А саме:

|  |
| --- |
| *Вкажіть зміни* |

Коментарі/пропозиції/зауваження відносно рекомендованих Комісією змін до Протоколу:

|  |
| --- |
| *Вкажіть коментарі* |

Документи, що подаються:

Протокол дослідження

Інструментарій дослідження (анкета, гайд інтерв’ю, фокус-групи тощо)

Форма інформованої згоди для учасника дослідження

Резюме головного дослідника

Інше:

Примітка для подавачів: Важливо включити всю відповідну інформацію про дослідження у цю заяву, оскільки висновок етичної експертизи базуватиметься на даних, вказаних у цій формі.

*Зазначена у цьому документі інформація є повною та правильною. Надаючи документи на експертизу, я підтверджую, що ознайомлений / ознайомлена про принципи, політики та положення, що регулюють захист людей в дослідженнях, і буду керуватись ними під час проведення цього дослідження.*

Дата Підпис ПІБ подавача