**Obrazac poslati na:**

**KBC Zagreb**

**Etičko povjerenstvo KBC-a Zagreb**

**10000 Zagreb, Kišpatićeva 12**

**ZAMOLBA ETIČKOM POVJERENSTVU KBC-a ZAGREB**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PODACI O USTANOVI I PODNOSITELJU ZAHTJEVA** | | |
| Podnositelj Zahtjeva (ime, prezime, titula i položaj u ustanovi) | |  |
| Ustanova (Klinika, Klinički zavod, odjel,....) | |  |
| Adresa, telefonski broj, e-mail adresa podnositelja Zahtjeva | |  |
| **SAŽETAK PROTOKOLA ISTRAŽIVANJA ILI AKTIVNOSTI ZA KOJU SE TRAŽI ETIČKA DOPUSNICA** | | |
| Naziv istraživanja:  Broj projekta – ako je primjenjivo |  | |
| Podaci će se koristiti za izradu:  (diplomskog rada, znanstvenog rada, doktorata...) |  | |
| Je li navedeno istraživanje odobreno od  Etičkog povjerenstva MF | **DA** – datum odobrenja, priložiti kopiju  **NE** | |
| Na koji način će se osigurati financiranje istraživanja/aktivnosti |  | |

|  |
| --- |
| **SAŽETAK PROTOKOLA ILI AKTIVNOSTI NA PROJEKTU POTREBNO JE SASTAVITI PREMA SLIJEDEĆIM TOČKAMA:** |
| **Uvod** – objasniti predmet istraživanja |
| **Ciljevi** – navesti ciljeve istraživanja i hipoteze |
| **Metode** – obrazložiti metode i način na koji će se koristiti podaci |
| **Informirani pristanak** – priložiti primjerak informiranog pristanka |
| Ukratko sažeti koji će se podaci koristiti/prikupiti tijekom istraživanja |

|  |  |
| --- | --- |
| **POVJERLJIVOST PODATAKA** | |
| Na koji način će se osigurati povjerljivost podataka |  |
| **PROŠLI I BUDUĆI ZAHTJEVI VEZANI UZ OVO ISTRAŽIVANJE/PROJEKT** | |
| Je li već tražena etička dopusnica za ovo istraživanje/projekt | **DA** – navesti datum prethodnog zahtjeva  **NE** |
| Namjeravate li u budućnosti tražiti etičku dopusnicu za dodatno istraživanje u istom projektu | **DA**  **NE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***SAŽETAK PROTOKOLA ILI AKTIVNOSTI NA PROJEKTU***  ***Sastaviti prema slijedećim točkama***   1. ***Uvod – objasniti predmet istraživanja*** 2. ***Ciljevi – navesti ciljeve istraživanja/hipoteze*** 3. ***Metode – obrazložiti metode i način na koji će se koristiti podaci*** 4. ***Priložiti primjerak informiranog pristanka za ispitanika/skrbnika/roditelja*** | | | |
| ***Ukratko navedite podatke koje ćete koristiti u istraživanju*** | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | |
|  |
|  |
|  |

**IZJAVA**

Podnositelj Zahtjeva obavezuje se poštivati načela povjerljivosti podataka, koristiti dobivene podatke samo u svrhu navedenog istraživanja, te osigurati da objavljeni podaci ne omoguće identifikaciju niti jedne osobe čiji su se podaci u istraživanju koristili.

Potpis podnositelja Zahtjeva Datum

Ime i prezime podnositelja Zahtjeva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis Mentora (ako je primijenjivo) Datum

Ime i prezime mentora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis Predstojnika Klinike ili Predstojnika Kliničkog zavoda na kojem se provodi istraživanje\_\_

Klinika/Klinički zavod \_\_\_\_ Potpis Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klinika/Klinički zavod Potpis Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klinika/Klinički zavod Potpis Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_