

TERMO PARA USO DE DADOS DO REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE

Departamento:

Área:

Título do Projeto:.....

Autor(es):

1. Serão utilizados dados digitais no projeto de pesquisa? SIM () NÃO ()

Caso sim, os dados envolvem mais de uma unidade do Hospital das Clínicas? SIM () NÃO ()

Assinatura/Carimbo do Pesquisador Principal

Data: ____/____/____

2. Manifestação dos responsáveis (No caso de envolver mais de uma unidade)

Unidade 01:

Assinatura/Carimbo do Chefe da Unidade

Data: ____/____/____

Unidade 02:

Assinatura/Carimbo do responsável

Data: ____/____/____

Unidade 03:

Assinatura/Carimbo do responsável

Data: ____/____/____

3 . Em caso de ausência das aprovações. Justifique.

.....

.....

.....

.....

Assinatura/Carimbo do Pesquisador Principal

Data: ____/____/____