

ІСМЈЕ ФОРМА РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ

(Заповнюється кожним автором, який має обставини, що можуть представляти дійсний та/або потенційний конфлікт інтересів. Якщо автор не має подібних обставин, цю форму заповнювати не треба)

Дата: Click or tap to enter a date.

ПІБ: Click or tap here to enter text.

Назва статті: Click or tap here to enter text.

В інтересах прозорості ми просимо вас розкрити всі нижченаведені відносини/діяльність/інтереси, пов'язані зі змістом вашого рукопису. "Пов'язані" означає будь-які відносини з комерційними або некомерційними третіми особами, інтереси яких можуть бути порушені змістом рукопису. Розкриття інформації є прагнення прозорості і не обов'язково свідчить про упередженість. Якщо ви сумніваєтеся, чи вказувати відносини/діяльність/інтереси, краще зробити це.

Зв'язки/діяльність/інтереси автора мають бути визначені широко. Наприклад, якщо ваш рукопис відноситься до епідеміології гіпертонії, ви повинні оголосити про всі зв'язки з виробниками антигіпертензивних препаратів, навіть якщо ці препарати не згадуються в рукописі.

У пункті №1 нижче вкажіть всю підтримку роботи, про яку повідомляється в цьому рукописі, без обмеження терміну. Для всіх інших пунктів часові рамки для розкриття інформації – останні 12 місяців.

Форма розроблена та рекомендована для застосування Міжнародним комітетом редакторів медичних журналів (ІСМЈЕ, <http://www.icmje.org/>).

		Назвіть усі організації, з якими у вас є такі стосунки, або вкажіть, що їх немає (додайте рядки за потреби)	Уточнення/коментарі (наприклад, якщо платежі були зроблені вам чи вашій установі)						
Тимчасові рамки: 3 моменту початкового планування роботи									
1	Вся підтримка цього рукопису (наприклад, фінансування, надання матеріалів для дослідження, написання медичної статті, оплата обробки статті тощо). Термін для цього пункту не обмежений.	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1" data-bbox="884 1357 1538 1480"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							Click the tab key to add additional rows.
Тимчасові рамки: останні 12 місяців									
2	Гранти або контракти від будь-якої організації (якщо не зазначені у пункті №1 вище).	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1" data-bbox="884 1659 1538 1765"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							
3	Роялті чи ліцензії	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1" data-bbox="884 1895 1538 2000"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>							

		Назвіть усі організації, з якими у вас є такі стосунки, або вкажіть, що їх немає (додайте рядки за потреби)	Уточнення/коментарі (наприклад, якщо платежі були зроблені вам чи вашій установі)								
4	Гонорари за консультації	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
5	Оплата чи гонорари за лекції, презентації, спікерські бюро, написання рукописів чи освітні заходи	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
6	Оплата експертних показань	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
7	Підтримка участі у конференціях та/або подорожах	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
8	Заплановані, видані або патенти, що перебувають на розгляді	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
9	Участь у раді з моніторингу безпеки даних або консультативній раді	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
10	Лідерство або довірча роль в іншій раді, суспільстві, комітеті або групі захисту інтересів, оплачувана або неоплачувана	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									

		Назвіть усі організації, з якими у вас є такі стосунки, або вкажіть, що їх немає (додайте рядки за потреби)	Уточнення/коментарі (наприклад, якщо платежі були зроблені вам чи вашій установі)						
11	Акції або опціони на акції	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
12	Одержання обладнання, матеріалів, ліків, медичної літератури, подарунків та інших послуг	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
13	Інші фінансові чи нефінансові інтереси	<input type="checkbox"/> Ні <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
<p>Будь ласка, поставте "X" поруч із наступним твердженням на знак вашої згоди:</p> <p><input type="checkbox"/> Я підтверджую, що відповів на всі запитання і не змінив формулювання жодного питання даної анкети.</p>									