**Форма звітування**

**про непередбачувані обставини під час дослідження**

**до Комісії з питань етики**

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

Прошу Комісію розглянути інформацію про непередбачувані обставини, що виникли під час 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: |  |

Інформація про непередбачувані обставини:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Назва непередбачуваної обставини** |  |
| 2.1 | Дата непередбачуваної події | Дата |
| 2.2 | Дата виявлення непередбачуваної обставини | Дата |
| 2.3 | Дата інформування про непередбачувану подію | Дата |
| 3 | Короткий опис непередбачуваної обставини |  |
| 4 | Місце виникнення події |  |
| 5 | Присутність персоналу дослідження при події |  |
| 6 | Вжиті заходи для вирішення непередбачуваної обставини |  |
| 7 | Статус вирішення непередбачуваної обставини |  |
| 8 | Вплив непередбаченої обставини на реалізацію дослідження |  |
| 9 | Вплив непередбачуваних обставин на респондентів (збільшення ризиків зазнати шкоди, ніж зазначалось, тощо) |  |

Прошу розглянути можливість:

[ ]  Продовжити дослідження без змін до Протоколу або інформованої згоди

[ ]  Продовжити дослідження з внесенням змін до Протоколу або інформованої згоди

[ ]  Призупинити дослідження до повного завершення події

[ ]  Припинити дослідження з подальшим видаленням всієї інформації

[ ]  Інше:

Дата Підпис ПІБ подавача