**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**Título da pesquisa:**

**Pesquisador:**

**Assistente de pesquisa e/ou Equipe de pesquisa:**

**Orientador e/ou Co-orientador:**

**Aplicação da pesquisa**: TCC( ) Mestrado( ) Doutorado( ) TCR( ) outros( )

**Se outros, especificar**:

**Pesquisa com:** pacientes( ) enfermeiros( ) técnicos( ) acompanhantes( ) prontuários( ).

**Setor de pesquisa**: cuidados paliativos( ) enfermarias( ) hematologia( ) uti( ) bloco( ) cme( ) emergência( ) clínica da dor( ).

**Se enfermaria qual**: Santa Águeda( ) Anjo Rafael( ) São Camilo( ) São Lucas térreo( ) Santa Paulina( ) Nossa Senhora Aparecida( ) Santa Faustina( ) TODAS ( )

**Instrumento da coleta**: questionário( ) gravação de voz( ) filmagem( ) fotografia( )

Material biológico( ).

**Se material biológico, responder**:

Responsável pela coleta do material:

Para onde será levado o material:

**Aplicação de componentes**: sim ( ) não ( )

Qual:

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Gerente de **ENFERMAGEM** do Hospital de Câncer de Pernambuco, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa acima detalhada, **com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCP/PE, conforme Resolução nº466/12 ou 510/16.**

Recife, / / 2019

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(carimbo e assinatura da Gerência de Enfermagem)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(carimbo e assinatura do Coordenador de Setor)

**As duas assinaturas acima será necessária se a pesquisa for realizada em um setor específico, mas se for em todos, só precisa a assinatura da Gerência de Enfermagem.**

**OBS: ESTE É UM MODELO PADRÃO DO CEP/HCP O PESQUISADOR DEVE LER ATENTAMENTE AS RESOLUÇÕES Nº 466/12, Nº510/16 E SUAS COMPLEMENTARES para adequar os termos da sua pesquisa a resolução correta.**