|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etická komise**  **při Institutu klinické a experimentální medicíny**  **a FAKULTNÍ Thomayerově nemocnici**  ***Ethics Committee of the Institute for Clinical and Experimental Medicine and the Thomayer University Hospital***  -------------------------------------------------------------------------- | | |
| Obsah obrázku Písmo, symbol, text, logo  Obsah vygenerovaný umělou inteligencí může být nesprávný. | **Vídeňská 800, 140 59 Praha 4, Czech Republic,**  **tel. 236 055 012, tel. 261 083 481,**  **e-mail:** [eticka.komise@ftn.cz](mailto:eticka.komise@ftn.cz)  [www.ftn.cz](http://www.ftn.cz), [www.ikem.cz](http://www.ikem.cz) |  |

Žádost o vydání stanoviska

* ke grantu
* výzkumnému záměru
* akademické studii
* observační studii, aj.

(formulář i dokumentaci zašlete vytištěné a současně též e-mailem)

|  |
| --- |
| 1. ZADAVATEL (úplná adresa včetně oddělení/kliniky a tel. + e-mail): |
| 2. ŘEŠITEL (úplná adresa včetně oddělení/kliniky a tel. + e-mail): |
| 3. KONTAKTNÍ OSOBA (vč. tel. + e-mail): |
| 4. NÁZEV PROJEKTU/VÝZKUMNÉHO ZÁMĚRU v ČJ i AJ: |
| 5. SEZNAM PŘEDLOŽENÝCH DOKUMENTŮ: |
| 6. CÍL PROJEKTU: |
| 7. CO OBSAHUJE PLÁN PROJEKTU: |
| a) podání léčiva či chemické látky (v případě, že ano, je požádán SÚKL o povolení) |
| b) podání radioizotopů (v případě, že ano, povolení k aplikaci) |
| c) podání antimikrobiálních látek (SÚKL) |
| d) použití invazivních metod |
| e) genetické vyšetření (DNA) (v případě, že ano, je to uvedeno v Informovaném souhlasu) |
| f) sledování farmakokinetiky |
| 8. JE SOUČÁSTÍ ÚČAST ZDRAVÝCH DOBROVOLNÍKŮ? |
| 9. JAKÁ JSOU MOŽNÁ RIZIKA PRO PACIENTA? |
| 10. JE V PROTOKOLU PODÁNÍ PLACEBA? |
| 11. VYŽADUJE SE VYSAZENÍ LÉKŮ? |
| 12. KTERÁ VYŠETŘENÍ A JAKÉ ODBĚRY KRVE JSOU PROVÁDĚNY NAD STANDARDNÍ PÉČI? |

Datum Podpis