**Etická komise**

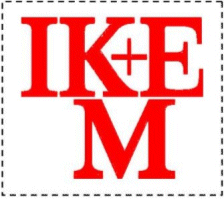
**při Institutu klinické a experimentální medicíny a Thomayerově nemocnici**

s multicentrickou působností

***Ethics Committee of the Institute for Clinical and Experimental Medicine and Thomayer Hospital***

--------------------------------------------------------------------------

**Vídeňská 800, 140 59 Praha 4, Czech Republic,**



**tel. 236 055 012, tel+fax 261 083 481,**

**e-mail:** [vlst@medicon.cz](mailto:vlst@medicon.cz) **nebo** [ek.ftn\_ikem@ftn.cz](mailto:ek.ftn_ikem@ftn.cz)

[www.ftn.cz](http://www.ftn.cz), [www.ikem.cz](http://www.ikem.cz)

Žádost o vydání stanoviska

* ke grantu
* výzkumnému záměru
* atypické studii, aj.

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

|  |
| --- |
| 1. ZADAVATEL/ ŘEŠITEL (plná adresa a tel./fax, příp. e-mail): |
| 2. KONTAKTNÍ OSOBA (vč. spojení): |
| 3. NÁZEV PROJEKTU/VÝZKUMNÉHO ZÁMĚRU: |
| 4. PŘEDLOŽENÉ DOKUMENTY: protokol, informovaný souhlas, pojištění |
| 5. CÍL PROJEKTU |
| 6. 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 |
| 7. JE SOUČÁSTÍ ÚČAST DOBROVOLNÍKŮ? |
| 8. JAKÁ JSOU MOŹNÁ RIZIKA PRO PACIENTA? |
| 9. JE V PROTOKOLU PODÁNÍ PLACEBA? |
| 10.VYŽADUJE SE VYSAZENÍ LÉKŮ? |
| 11.KTERÁ VYŠETŘENÍ A JAKÉ ODBĚRY KRVE JSOU PROVÁDĚNY NAD STANDARDNÍ PĚCI? |
| 12.POŽADOVANÉ STANOVISKO V ČJ NEBO AJ? |

Datum Podpis