

Форма

розкриття інформації про конфлікт інтересів *

складена за рекомендаціями Міжнародного комітету редакторів медичних журналів
 International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE

Дата: _____

ПІБ автора(ів): _____

Назва рукопису: _____

Номер рукопису (УДК) _____

В інтересах прозорості та відкритості ми просимо вас розкрити всі взаємовідносини / співробітництво / інтереси з числа перелічених у таблиці нижче, які можуть бути пов'язані зі змістом вашої рукопису. «Зв'язані» означає будь-які відносини з комерційними або некомерційними організаціями, інтереси яких можуть бути відображені у рукописі. Розкриття інформації є зобов'язанням з відкритості і не завжди вказує на упередженість. Якщо ви сумніваєтеся, чи варто розкривати взаємини / співпраця / інтереси, бажано, щоб ви це зробили.

Нижченаведені питання стосуються взаємовідносин / співпраці / інтересів автора **тільки у зв'язку з представленим рукописом.**

Взаємини/співробітництво/інтереси автора слід визначати широко. Наприклад, якщо ваш рукопис стосується питань гіпертонії, ви повинні заявити про всі стосунки з виробниками гіпотензивних препаратів, навіть якщо конкретні лікарські препарати не згадані у вашому рукописі.

У наведеному нижче пункті № 1 повідомте, будь ласка, про будь-яку підтримку, надану даному рукопису, без урахування терміну давності цієї підтримки. Для інших пунктів терміни розкриття інформації – останні 36 місяців.

№ зп		Назвіть усі організації, з якими у вас є вказана нижче взаємодія, або напишіть «ні» за відсутності такого (якщо необхідно – додайте рядки)	Коментарі / Уточнення (наприклад, платежі вироблялися вам або вашій установі)
Терміни: з моменту первинного планування роботи			
1.	Будь-яка підтримка цього рукопису (наприклад, фінансування, надання навчальних матеріалів, написання медичної частини, оплата обробки статті тощо) Немає обмежень щодо термінів давності для цього пункту	___ Ні	

Терміни: останні 36 місяців			
2.	Гранти чи контракти з будь-якою організацією (якщо не зазначено у п. 1).	___ Ні	
3.	Авторські гонорари або ліцензії	___ Ні	
4.	Оплата консультацій	___ Ні	
5.	Гонорари за лекції, презентації, виступи як спікера, написання рукописів або участь в освітніх заходах	___ Ні	
6.	Оплата експертних показань чи висновків	___ Ні	
7.	Підтримка при відвідуванні Вами заходів або подорожей	___ Ні	
8.	Заплановані, видані чи очікувані патенти	___ Ні	
9.	Участь у Раді з контролю безпеки даних чи інших консультативних порадах	___ Ні	
10.	Лідуюча (або за довіреністю) роль в іншій раді, суспільстві, комітеті або	___ Ні	

	правозахисній групі; оплачувана або неоплачувана		
11.	Акції або опціони	___ Ні	
12.	Одержання обладнання, матеріалів, ліків, медичних текстів, подарунків або інших послуг	___ Ні	
13.	Інші фінансові чи нефінансові інтереси	___ Ні	

Поставте ,щоб підтвердити свою згоду з наведеними пунктами.

Я підтверджую, що відповів на всі запитання та не змінював(ла) формулювання ні одного з вказаних запитань.

*Форма заповнюється авторами для повідомлення редакції журналу, при поданні власного рукопису, про наявність або відсутність конфлікту інтересів. Форма входить в перелік обов'язкових для подачі супровідних документів. Необхідність розкриття. Форма є доступною на сайті журналу «Репродуктивне здоров'я жінок» «Reproductive Health of Woman» <http://repro-health.com.ua/> у розділі «Подання», підрозділі «Підготовка рукопису»