

Melde-/søknadsskjema for forskningsstudier, kvalitetssikring og annen aktivitet som benytter personal- eller maskinressurser i **Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN)**

Skjemaet oppdateres jevnlig. Gå inn på intranettsiden til FoU KRN for å hente nyeste versjon.

Prosjektleders ansvar

1. Korrekt utfylt skjema. Ufullstendig utfylt skjema vil bli returnert.
2. Finne en **ansvarlig fra KRN**, når prosjektleder ikke er fra KRN.

Ansvarlig fra KRN skal bla. finne riktig protokoll idnr fra eHåndbok for de undersøkelsene som skal inkluderes i studien.

Om prosjektet anbefales av forskningsutvalget (FU) i KRN får prosjektleder tilsendt studiespesifikk henvisning. Protokoll idnr vil være anført på henvisningen slik at man sikrer at undersøkelsen blir utført i henhold til protokollen.

1. INFORMASJON OM SØKEREN PROSJEKTLEDER SKAL FYLLE UT SKJEMAET OG SIGNERE ELEKTRONISK UNDER PUNKT 3 NEDERST			
A. PROSJEKTLEDER MÅ HA PHD ELLER TILSVARENDE KOMPETANSE JF HELSEFORSKNINGSLOVEN (SAMME KRAV SOM REK HAR)			
Navn		Stilling	
E-post		Mobil	
Klinikk	Velg her	Avdeling	
B. PROSJEKTMEDARBEIDER ANSVARLIG FOR PRAKTISK GJENNOMFØRING AV PROSJEKT DERSOM DETTE ER EN ANNEN ENN PROSJEKTLEDER			
Navn		Stilling	
E-post		Mobil	
Klinikk	Velg her	Avdeling	
C. PROSJEKTMEDARBEIDERE OM FLERE ENN TO SÅ KAN DISSE LISTES INKL. E-POSTADRESSER I RADEN "ØVRIGE NAVN"			
Navn		Stilling	
E-post		Mobil	
Klinikk	Velg her	Avdeling	
Navn		Stilling	
E-post		Mobil	
Klinikk	Velg her	Avdeling	
Øvrige navn:			
D. ANSVARLIG FRA KRN NÅR PROSJEKTLEDER IKKE ER FRA KRN. ANSVARLIG RADIOLOG HAR ANSVAR FOR PROTOKOLL IDnr FRA eHÅNDBOK, SE PUNKT 2E			
Navn:			
E. STUDIEKOORDINATOR KUN NÅR DET ER DEDIKERT STUDIEKOORDINATOR, IKKE OBLIGATORISK Å FYLLE INN			
Navn		Avdeling	
E-post		Mobil	
F. SAMARBEIDENDE INSTITUSJONER UTENFOR OUS			
G. RADIOGRAF- OG LABORATORIE-RESSURSER VED SAMARBEID UTENFOR OUS, VENNLIGST ANGI UNDERSØKELSER SOM SKAL UTFØRES VED OUS			
H. RADIOLOGI-RESSURSER DERSOM SAMARBEID UTENFOR OUS, VENNLIGST ANGI OM UNDERSØKELSENE SKAL TOLKES VED OUS			

2. INFORMASJON OM PROSJEKTET				
A. PROSJEKTTITTEL VENNLIGST IKKE BRUK BLOKKBOKSTAVER		FOU KRN TILDELER PROSJEKTNUMMER NÅR SØKNADEN ER MOTTATT		
		KRNnr		
B. PROSPEKTIV ELLER RETROSPEKTIV STUDIE			SPONSOR OG STUDIEFASE	
Kryss av:	Prospektiv studie			Sponsor
	Retrospektiv studie			Studiefase
C. KEYWORDS SKRIVES PÅ ENGELSK JF MeSH				
D. STUDIEHYPOTESE				
E. FORMÅL OG METODE MAX 100 ORD				
Studieprotokoll vedlegges i e-posten (ikke skriv den inn her)				
Velg protokoll idnr fra eHåndbok	Rtg idnr	MR idnr	CT idnr	annen idnr
F. UTVALG 1 KOLONNE 2 SKAL MATERIALET BESKRIVES KORT: HVEM SOM ER PASIENTER, KONTROLLER OG FRISKE (PÅRØRENDE, MEDARBEIDERE MM.)				
Ant pasienter				
Ant i kontrollgruppe				
Ant friske frivillige/annet				
G. ØNSKEDE UNDERSØKELSER MODALITET SPESIFISERT FOR TOT ANT. KLINISK INDISERTE OG STUDIESPESIFIKKE US = ANT. PAS. x ANT. US PR PAS.				
Klikk i ruten	Region(er)	Tot ant us	Tot ant klinisk indiserte us	Tot ant studiespesifikke us
Velg modalitet				
Velg modalitet				
Velg modalitet				

Velg modalitet				
Velg modalitet				
Velg modalitet				
Velg modalitet				
Dersom UL/CT veil. biopsi er valgt så spesifiser her:				
Beskriv tidsvindu for aktuelle undersøkelser (hvis aktuelt):				
H. Brenne CDer / Import eller eksport av bildeundersøkelser				
Brenne CDer: Velg her				
Importere eller eksportere bildeundersøkelser til/fra andre institusjoner: Velg her				
Beskriv hva som ønskes utført:				
I. LOKALITET(ER) HVOR UNDERSØKELSENE SKAL UTFØRES. VENNLIGST SPESIFISER HVILKE UNDERSØKELSER SOM SKAL UTFØRES HVOR. DERSOM FLERE LOKALITETER				
<input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> AK <input type="checkbox"/> KF UL <input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> NUM RH <input type="checkbox"/> NUM UL <input type="checkbox"/> NUM RA <input type="checkbox"/> BDS <input type="checkbox"/> ADF <input type="checkbox"/> CRAI <input type="checkbox"/> ImTECH <input type="checkbox"/> IVS				
J. ØKONOMISK ESTIMAT AV RESSURSBRUK FOR KRN UTFØRES AV FoU KRN NÅR SKJEMAET ER MOTTATT				
Som hovedregel skal klinisk indiserte undersøkelser dekkes etter gjeldende regler. Ved polikliniske undersøkelser der KRN mottar HELFO-refusjon skal pasienten dekke egenandelen. Studiespesifikke undersøkelser må betales av studien.				
K. FRAMDRIFTSPLAN				
Planlagt oppstart og avslutning (hele prosjektperioden)	Start		Slutt	
Innsamling av billedata	Start		Slutt	
L. GODKJENNINGER				
Regional etisk komite (REK)	Klikk her for å velge	REK-saksnr		
Personvernet (PVO)	Klikk her for å velge	PVO-saksnr		
Statens legemiddelverk (SLV)	Klikk her for å velge			
Mattilsynet (tidl. FOTS)	Klikk her for å velge			

3. UNDERSKRIFT ELEKTRONISK AV PROSJEKTLEDER – (IKKE NØDVENDIG Å SKRIVE UT OG SIGNERE FOR HÅND)	
Navn:	Dato:

Ferdig utfylt skjema sendes som vedlegg i word format på e-post til Forsknings- og utviklingsavdelingen (AFU) KRN ved: CVL@ous-hf.no; batone@ous-hf.no; h.b.eggesbo@medisin.uio.no

Emnefeltet skal hete: **Søknad om ny studie**

Prosjektleder vil innen få dager motta en e-post om at søknaden er godkjent eller få beskjed om punkter som må fylles ut.

Søknaden vil bli behandlet av forskningsutvalget (FU) KRN, og vedtaket vil bli sendt til prosjektleder på e-post. Om studien blir anbefalt og drift har kapasitet til studien, får prosjektleder tilsendt forslag til kontrakt på e-post. Når denne kontrakten er signert av alle parter får prosjektleder en studiespesifikk henvisning tilsendt på e-post. Denne er obligatorisk å bruke for både klinisk indiserte og studiespesifikke undersøkelser i studien.

Ufullstendig utfylt skjema vil bli returnert