

MEMÒRIA DEL PROJECTE – UTILITZACIÓ DE RECURSOS

Títol del projecte/estudi :

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Cognoms, Nom:		Servei / Unitat:	
Telèfon:		Correu electrònic:	
Compromís del Investigador Principal		Conformitat del Cap de Servei	
Data:		Data:	
DNI:		DNI:	
Signatura:		Signatura:	
Persona de contacte (en cas que no sigui l'anterior):			
Servei / Unitat:			
Telèfon:		Correu electrònic:	

A. TIPUS DE PROJECTE

TIPUS DE PROJECTE SEGONS NÚMERO DE CENTRES PARTICIPANTS		
<input type="checkbox"/> Unicèntric	<input type="checkbox"/> Multicèntric	
TIPUS DE PROJECTE SEGONS DISSENY METODOLÒGIC		
Assaig clínic amb medicament	SI	NO
Assaig clínic sense medicament	SI	NO
Estudi Post-Autorització classificat per l'AEMPS: <input type="checkbox"/> EPA-AS, <input type="checkbox"/> EPA-LA, <input type="checkbox"/> EPA-SP, <input type="checkbox"/> EPA-OD, <input type="checkbox"/> NO-EPA	SI	NO
Estudi d'investigació biomèdica	SI	NO
Estudi amb producte sanitari	SI	NO
Investigació amb menors d'edat	SI	NO
Investigació amb mostres biològiques humanes	SI	NO
Investigació utilitzant tècniques invasives als pacients	SI	NO
FINANÇAMENT		
Disposa de finançament específic per al desenvolupament del projecte	SI	NO
Finançament d'origen públic	SI	NO
En cas afirmatiu indica la quantia i procedència dels fons		

B. ÚS DELS RECURSOS

COL.LABORACIÓ / PARTICIPACIÓ ALTRES PROFESSIONALS				
Requereix col·laboració de personal del mateix Servei/Unitat			SI	NO
Cognoms, Nom	Categoria	DNI	Funció (en el desenvolupament del projecte)	
Requereix participació de personal d'altres serveis/unitats			SI	NO
Cognoms, Nom	Categoria	DNI	Funció (en el desenvolupament del projecte)	

RECURSOS				
Secretaria Tècnica				Signatura Secretaria Tècnica
Extracció de dades En cas afirmatiu, seleccionar grau de complexitat	Bàsic (6h)	Mitjà (18h)	Complexe (40h)	

Infermeria	h/pacient assistencial	h/pacient no assistencial	h/pacient TOTAL	Signatura Direcció o Cap de Servei
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació				
DUI				
TCAI				
SCTFarma / IRBLleida				
Farmàcia				
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació				
Anatomia Patològica				
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació. En cas de cessió de mostres, descriure mostres per pacient.				

Laboratori	proves/pacient assistencial	proves/pacient no assistencial	prova/pacient TOTAL	Signatura Direcció o Cap de Servei
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació				
Diagnòstic per la Imatge				
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació				
Cardiologia				
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació				

Medicació i Dosificació	Qui aporta medicació d'estudi?	Qui aporta medicació assistencial?	Hi ha estalvi farmacèutic?	Signatura Direcció o Cap de Servei
En cas afirmatiu, descriure la dosificació per pacient				

Banc de Sang i Teixits	pacient assistencial	pacient no assistencial	TOTAL	Signatura Direcció o Cap de Servei
En cas afirmatiu, descriure.				

Coordinador de l'estudi Data management	h/pacient assistencial	h/pacient no assistencial	h/pacient TOTAL	Signatura Direcció o Cap de Servei
En cas afirmatiu, descriure. Via IRBLleida				

****En cas de participació BIOBANC, aportar acord de col·laboració.**

CONFORMITAT DE LA DIRECCIÓ/RESPONSABLE DEL CENTRE EN QUE ES DESENVOLUPARÀ EL PROJECTE

Lleida, ___ de _____ de 2020

Francina Sole-Mauri

Directora Territorial d'Innovació, Recerca i Docència
ICS Lleida. Pirineu i Aran i Gestió de Serveis Sanitaris