

**MEMÒRIA DEL PROJECTE – UTILITZACIÓ DE RECURSOS**

Títol del projecte/estudi :

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

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

**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, o EOm per nou RD 957/2020 <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, <input type="checkbox"/> EOm	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 / Funció	DNI	Hores de dedicació		
			Assistencials	No assistencials	
Requereix participació de personal d'altres serveis/unitats				SI	NO
Cognoms, Nom	Categoria / Funció	DNI	Hores de dedicació		
			Assistencials	No assistencials	

RECURSOS				
<b>Secretaria Tècnica</b>				<b>Signatura Secretaria Tècnica</b>
Extracció de dades En cas afirmatiu, seleccionar grau de complexitat	Bàsic (6h)	Mitjà (18h)	Complexe (40h)	
<b>IT REDCap</b>				<b>Signatura Direcció o Cap de Servei</b>
En cas afirmatiu, seleccionar grau de complexitat  <b>Maquinari:</b> 98€ anuals (allotjament en el servidor, accés via web, manteniment)	Bàsic < 75 variables	Mitjà 75-150 variables	Complexe > 150 variables	

<b>Infermeria</b> En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació	<b>h/pacient assistencial</b>	<b>h/pacient no assistencial</b>	<b>h/pacient TOTAL</b>	<b>Signatura Direcció o Cap de Servei</b>	
<b>DUI</b>					
<b>TCAI</b>					
<b>Infermeria /processament de mostres per part de SCTFarma/IRBLleida?</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Farmàcia</b>			<b>Farmàcia (IRBLleida)</b>		
Dispensació HUAV/HUSM	<input type="checkbox"/>	Dispensació IRBLleida	<input type="checkbox"/>		
Preparació (en campana) HUAV/HUSM	<input type="checkbox"/>	Preparació (en campana) IRBLleida	<input type="checkbox"/>		
Custòdia / Emmagatzematge HUAV/HUSM	<input type="checkbox"/>	Custòdia / Emmagatzematge IRBLleida	<input type="checkbox"/>		
Conservació en fred HUAV/HUSM	<input type="checkbox"/>	Conservació en fred IRBLleida	<input type="checkbox"/>		
Manteniment del cec HUAV/HUSM	<input type="checkbox"/>	Manteniment del cec IRBLleida	<input type="checkbox"/>		
<b>Anatomia Patològica</b>	<b>Cessió de bloc</b>	<b>Tècnica diagnòstica</b>	<b>Altres</b>	<b>Signatura Direcció o Cap de Servei</b>	
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació. En cas de cessió de mostres, descriure mostres per pacient.					

<b>Laboratori</b>	<b>proves/pacient assistencial</b>	<b>proves/pacient no assistencial</b>	<b>prova/pacient TOTAL</b>	<b>Signatura Direcció o Cap de Servei</b>	
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació					
<b>Diagnòstic per la Imatge Medicina Nuclear</b>					
<b>HUAV / HUSM</b>					
<b>IDI</b>					
<b>Cardiologia</b>					
En cas afirmatiu, descriure hores de dedicació					

Coordinador de l'estudi / Data management per part d'IRBLleida ?			SI	NO
Medicació i Dosificació	Qui aporta medicació d'estudi?	Qui aporta medicació assistencial?	Estalvi farmacèutic ?	

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

**\*\*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 20\_\_

  
  

Francina Sole-Mauri

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