

Studieanmälan, VO Radiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ska fyllas i och skickas digitalt till SU.radiologi.FoU@vgregion.se

KP-nr – ifylles av Forskningsrådet

KPnr:

Inkommen:

Studiens namn	<input type="text"/>
Kortfattad beskrivning av studien, målsättning	<input type="text"/>
Ansvarsnummer för debitering	<input type="text"/>
Huvudprövare/PI inom SU (klinik/namn/tel/e-post)	<input type="text"/>
Ansvarig Forskare/forskningssjuksköterska (klinik/namn/tel/e-post)	<input type="text"/>
Medarbetare inom VO Radiologi/MFT som behövs för genomförande av studien utöver vad som kan förväntas vara klinisk rutin (t.ex. radiolog, fysiker) ska vara tillfrågade och involverade i förväg. Ange namn/tele/e-post och bekräfta att personerna är införstådda med uppdraget.	<p>Personen är informerad. Ja <input type="checkbox"/> (obligatoriskt)</p> <p>Namn och funktion i studien:</p> <input type="text"/>
Önskat startdatum	<input type="text"/>
Studiens beräknade slutdatum	<input type="text"/>
Inklusionstid	<input type="text"/>
Antal forskningspersoner (studiepopulation och kontroller),	<input type="text"/>
Antal undersökningar per forskningsperson samt intervall	<input type="text"/>
Radiologisk metod/er	<p>CT <input type="checkbox"/> Slätröntgen <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/></p> <p>Mammografi <input type="checkbox"/> Tomosyntes <input type="checkbox"/> Biopsi <input type="checkbox"/></p> <p>Genomlysning <input type="checkbox"/> DSA <input type="checkbox"/></p> <p>MRI <input type="checkbox"/> Ultraljud <input type="checkbox"/></p> <p>Annat: <input type="checkbox"/></p> <input type="text"/>
Organ som ska undersökas, multipla organ och modaliteter preciseras	<input type="text"/>

Bifogad undersöknings- och modalitetsbeskrivning (Imaging guide)	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Metod enligt klinisk rutin	JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Metod klinisk rutin med studietillägg	JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Metod enligt studieprotokoll	JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Utveckling av forskningsmetod	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Patientförberedelse utöver klinisk rutin	JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Bildbehandling (reformateringar, utvärdering av funktionella metoder etc.)	Klinisk rutin JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Annat <input type="checkbox"/>
Bildbedömning	Klinisk rutin JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NEJ <input type="checkbox"/> Recist 1.1 <input type="checkbox"/> iRecist <input type="checkbox"/> Rano <input type="checkbox"/> Granskning enbart avseende oväntade fynd JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Granskning genom studien (precisera av vem och hur fynden dokumenteras) JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Annat (precisera) <input type="text"/>
Datahantering	Arkivering enligt klinisk rutin (BFR) JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NEJ <input type="checkbox"/> Utlämnning av data önskas (hanteras av Mediaenheten, VO Radiologi) JA <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Önskemål om var undersökningen ska utföras	SU/S <input type="checkbox"/> SU/Ö <input type="checkbox"/> SU/M <input type="checkbox"/> Spelar ingen roll <input type="checkbox"/>
Studieprotokoll/Forskningsplan ska bifogas elektroniskt (obligatoriskt)	JA <input type="checkbox"/>

Ansökan samt godkännande från Etikprövningsmyndigheten (EPM) bifogas elektroniskt (obligatoriskt)	Ansökan godkänd: datum och diarienummer: <input type="text"/> Ansökan insänd: datum: <input type="text"/>
Godkännande Läkemedelsverket (om relevant) kopia bifogas elektroniskt (obligatoriskt) <input type="checkbox"/> Ej relevant	Ansökan godkänd: datum och diarienummer: <input type="text"/> Ansökan insänd: datum: <input type="text"/>
Godkännande strålskyddsetisk kommitté (om relevant) kopia bifogas elektroniskt (obligatoriskt) <input type="checkbox"/> Ej relevant	Ansökan godkänd: datum och diarienummer: <input type="text"/> Ansökan insänd: datum: <input type="text"/>

Beslut – ifylles av Forskningsrådet

Forskningsrådet VO Radiologi
 Sahlgrenska Universitetssjukhuset
 Radiologi, Forskningsrådet
 Bruna stråket 11B, plan 2
 413 45 Göteborg

SU.radiologi.FoU@vgregion.se