

Studieanmälan för forskningssamarbete

Forskningsrådet VO Radiologi

Studieanmälan är obligatorisk för alla forskningsprojekt som genomförs i samarbete med eller inom VO Radiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Studieanmälan utgör ingen garanti för att projektet blir godkänt.

Studieanmälan ska innehålla följande:

- Blankett studieanmälan (fullständigt ifylld)
- CTIS/LMV/EPM (ansökan inklusive ev. tillägg + godkännande (kan kompletteras senare))
- Studieprotokoll/Projektplan
- Imaging guide (om sådan finns)

Ovanstående dokument skickas till SU.radiologi.FoU@vgregion.se

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		
Kortfattad beskrivning av studien, målsättning (max 500 tecken)	<input type="text"/>	
Ansvarsnummer för debitering	<input type="text"/>	
Ansvarig forskare inom SU (titel, namn, klinik, tel och e- post)	<input type="text"/>	
Kontaktperson för studien om annan än ansvarig forskare (titel, namn, klinik, tel och e- post)	<input type="text"/>	
Medarbetare inom VO Radiologi eller MFT som är involverade forskare i studien.	Forskaren är informerad. Ja <input type="checkbox"/> (obligatoriskt) Ange titel, namn, klinik, tel och e-post samt funktion i studien <input type="text"/>	
Önskat startdatum för inklusion	<input type="text"/>	
Inklusionstid	<input type="text"/>	
Studiens beräknade slutdatum	<input type="text"/>	
Antal forskningspersoner (studiepopulation och kontroller)	<input type="text"/>	
Modalitet/Undersökningsmetod	Organ (multipla organ preciseras)	Antal undersökningar och intervall
DT <input type="checkbox"/>		
MR <input type="checkbox"/>		
Slätröntgen <input type="checkbox"/>		

Mammografi	<input type="checkbox"/>		
Ultraljud	<input type="checkbox"/>		
Biopsi	<input type="checkbox"/>		
Annat (ange)	<input type="checkbox"/>		
Bifogad undersöknings- och modalitetsbeskrivning (Imaging guide)	JA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	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"/>		NEJ <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"/>	
	Recist 1.1 <input type="checkbox"/>	iRecist <input type="checkbox"/>	Lugano <input type="checkbox"/>
			Rano (enbart mätning) <input type="checkbox"/>
	Annat (precisera)	<input type="text"/>	
	Arkivering enligt klinisk rutin (BFR) JA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
	Utlämning av bilddata önskas (OBS! studien ansvarar för att ta kontakt med Mediaenheten, VO Radiologi; su.rad.forskning.mediaenheten@vgregion.se) JA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

Önskemål om var undersökningen ska utföras	Inget specifikt önskemål SU/S SU/Ö SU/M
Studieprotokoll/Projektplan bifogas elektroniskt (obligatoriskt)	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Ansökan samt godkännande från Etikprövningsmyndigheten bifogas elektroniskt eller kompletteras i efterhand	Ansökan godkänd: datum och diarienummer: <input type="checkbox"/> Kompletteras i efterhand <input type="text"/> Ansökan insänd: datum: <input type="text"/>
Godkännande CTIS/ Läkemedelsverket (om relevant) kopia bifogas elektroniskt <input type="checkbox"/> Ej relevant	Ansökan godkänd: datum och diarienummer: <input type="checkbox"/> Kompletteras i efterhand <input type="text"/> Ansökan insänd: datum: <input type="text"/>
För studier där joniserande strålning ingår har stråldosaspekter tagits hänsyn till i ansökan till CTIS/LMV/EPM. <input type="checkbox"/> Ej relevant	JA <input type="text"/> Nej <input type="text"/>

Anteckning för handläggare forskningsråd, VO Radiologi

Beslut – ifylles av Forskningsrådet

Forskningsrådet VO Radiologi

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

SU.radiologi.FoU@vgregion.se