**meditsiiniseadmeTE KASUTAMISE KIRJELDUS Ravimi kliiniliseS uuringuS**

1. Edastada meditsiinitehnika teenistuse aadressile medtehrike@regionaalhaigla.ee.
	1. Ravimi kliinilise uuringu nimetus ja protokolli number:
	2. Ravimi kliinilise uuringu eeldatav kestus:
	3. Juhtiva uurija nimi:
	4. Sponsori kontaktisik ja e-postiaadress:

**Tabel 1.** Loetelu uuringus kasutatavatest seadmetest

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jrk** | **Seadme tüüp**  | **Vajadus\*** | **Nõuded seadmele\*\***(vt protokoll või juhend) | **Aruandluse vajadus**(sponsorile esitatavad dokumendid ravimi kliinilise uuringu ajal) |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |
|  |       |       |       |       |

\* Märkida vastavalt vajadusele:
A – seade on juba haiglas olemas (lisada seadme kuuekohaline ID number);

B – seade on vaja hankida (lisada kuupäev, millal seade peab olema kasutamiseks valmis);
C – seade antakse sponsori poolt ravimi kliinilise uuringu ajaks tasuta kasutusse;

D – seade kingitakse haiglale sponsori poolt.

\*\* sponsori poolt kasutusse antava või kingitava seadme puhul esitada info koos kasutusjuhendi või uuringuprotokolliga.

.................................................................................................................................................................

Juhtiva uurija kinnitus /allkiri, kuupäev/

................................................................................................................................................................. Sponsori esindaja kinnitus /allkiri, kuupäev/