**meditsiiniseadmeTE KASUTAMISE KIRJELDUS Ravimi kliiniliseS uuringuS**

1. Edastada meditsiinitehnika teenistuse aadressile [medtehrike@regionaalhaigla.ee](mailto: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/