

 HELSE FØRDE Skjema og sjekklister	Førespurnad om internt samarbeid ved klinisk behandlingsstudie i Helse Førde			Dokument-id: D27380
	Gyldig frå 16.10.2023	Rev. innan 16.10.2025	Godkjent av Guro Mjanger	Skjema
				Versjon 1.0

1.1.1 FØRESPURNAD OM INTERNT SAMARBEID VED KLINISK BEHANDLINGSSTUDIE I HELSE FØRDE

Saksnummer i Elements:

NB! Alle kvite felt skal fyllast ut. Hugs signatur nedst.

21.1 Prosjekttittel

31.2 Formål/hensikt med studien

2 Type prosjekt

☐ Singelsenterstudie
☐ Multisenter/satelittsenterstudie

3.1 Prosjektleiar/utprøvar Helse Førde

Namn		PhD	Ja ☐ Nei ☐ Viss nei, anna kompetanse?
Klinikk/avdeling/seksjon		E-post	
Stilling		Telefon	

43.2 Ved multisenterstudie

Namn prosjektleiar/utprøvar koordinerande forskingsansvarleg institusjon:	
Namn ansvarleg studiekoordinator Helse Førde:	

 HELSE FØRDE Skjema og sjekklister	Førespurnad om internt samarbeid ved klinisk behandlingsstudie i Helse Førde			Dokument-id: D27380
				Skjema
	Gyldig frå 16.10.2023	Rev. innan 16.10.2025	Godkjent av Guro Mjanger	Versjon 1.0

4 Forankring i Helse Førde (Nivå 2 leiar)

☐ Ja

☐ Nei

Klinikk:

Namn klinikkdirektør:

5 5 Finansiering av prosjekt

☐ Eksternt finansiert forskingsprosjekt

☐ Internt finansiert forskingsprosjekt

6 Type undersøkingar og omfang

Type	Spesifikasjon	Tid pr us (min)	Tal us totalt

6 Ønsket periode/tidspunkter for undersøkingane

Periode (frå-til dato):

Spesifiser dagar, månad(ar):

7 Andre spesifikasjonar

Kompetansebehov:	
Lagringsbehov:	
Anna:	

Eg bekreftar at dei gjevne opplysningane er korrekte:

Signatur og dato prosjektleiar/utprøvar	
---	--

 HELSE FØRDE Skjema og sjekklister	Førespurnad om internt samarbeid ved klinisk behandlingsstudie i Helse Førde			Dokument-id: D27380
	Gyldig frå 16.10.2023	Rev. innan 16.10.2025	Godkjent av Guro Mjanger	Skjema
				Versjon 1.0

For avdelingssjef, samarbeidande avdeling

Saksbehandling:

1 Type prøver og omfang

	Omfang (tal på undersøkingar pr. pasient)	Spesifikasjon	Kompetanse	Kostnad pr. pasient ved eksternt finansierte prosjekter

2 Føresetnad for positiv innvilgning av søknad

Spesifiser tilgjengeleg tidsperiode:	
Spesifiser tilgjengeleg personell:	
Overtid/ekstra innsats:	

3 Andre spesifikasjonar

Vurdering/tilråding, avdelingssjef samarbeidande avdeling:

Dato:

Signatur: