**Checklist t.b.v. Goedkeuring Raad van Bestuur wetenschappelijk onderzoek**

(in te vullen door BWO)

BWO nummer: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Jaar, volgnummer* Y Y Y Y 0 0 0

1. Acroniem studie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Titel studie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Is het een WMO-plichtige studie? [ ]  ja [ ]  nee
2. Toetsende METC: ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Opdrachtgever van de studie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Is het een multicenter onderzoek? [ ]  ja [ ]  nee
5. Is het een geneesmiddelenonderzoek? [ ]  ja [ ]  nee
6. Beoogde startdatum in Zuyderland \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_

DD MM Y Y Y Y

1. Beoogde einddatum in Zuyderland \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_

DD MM Y Y Y Y

1. Op welke Zuyderland locatie(s) wordt het onderzoek uitgevoerd? [ ]  Sittard-Geleen

[ ]  Heerlen

[ ]  Anders, namelijk.

1. Hoeveel proefpersonen worden (naar schatting) in Zuyderland geïncludeerd? \_\_\_\_
2. Onderzoeksteam

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Naam** | **Functie** | **Afdeling** | **e-mailadres** | **BROK en/of GCP certificaat** |
| Ja/nee | Geldig tot |
| Hoofd-onderzoeker/ PI |  |  |  |  | [ ]  ja [ ]  nee |  |
| Trial nurse/Clinical Research Coordinator |  |  |  |  | [ ]  ja [ ]  nee |  |
| Anders, nl.: |  |  |  |  | [ ]  ja [ ]  nee |  |
| Anders, nl.: |  |  |  |  | [ ]  ja [ ]  nee |  |
| Anders, nl.: |  |  |  |  | [ ]  ja [ ]  nee |  |
| Anders, nl.: |  |  |  |  | [ ]  ja [ ]  nee |  |

1. Welke afdelingen zijn betrokken bij het onderzoek, voor additionele verrichtingen buiten de reguliere zorg?

Apotheek [ ]  ja [ ]  nee

Laboratorium [ ]  ja [ ]  nee

Nucleaire geneeskunde [ ]  ja [ ]  nee

Radiologie [ ]  ja [ ]  nee

Pathologie [ ]  ja [ ]  nee

Medische microbiologie [ ]  ja [ ]  nee

Dagverpleging [ ]  ja [ ]  nee

Anders, nl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anders, nl.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Handtekeningen

Onderstaand verklaren hoofdonderzoeker, het afdelingshoofd en het RVE management dat:

* De bij dit onderzoek betrokken artsen, onderzoekers en ondersteunend personeel deskundig en bekwaam zijn dit onderzoek uit te voeren.
* Alle personen die beroepsmatig een bijdrage moeten leveren voldoende zijn ingelicht over het onderzoek.
* Niet gelijktijdig andere onderzoeken lopen die het welslagen van het onderzoek en van andere onderzoeken kan bemoeilijken.
* De proefpersonen/patiënten populatie voldoende is om het aangegeven inclusie cijfer te bewerkstelligen.

Hoofdonderzoeker

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Afdelingshoofd

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RVE Management

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_