

**FACSIMILE DI MODULISTICA CENTRO SPECIFICA - STUDI PROFIT  
INTERVENTISTICO CON FARMACO  
DA SCARICARE DAL SITO CINECA**

**INFORMAZIONI GENERALI**

**ID .....**

Titolo dello studio:

Promotore dello studio:

Principio attivo in studio:

Numero EudraCT:

Fase:

Importo finanziato per paziente:

CRO (Se applicabile):

Area Terapeutica:

Numero di centri coinvolti in Italia:

Centro Coordinatore:

Unità Operativa Complessa Coinvolta nel centro:

Direttore dell'Unità Operativa Complessa:

Numero pazienti coinvolti nel centro:

Numero volontari sani coinvolti nel centro (se applicabile):

Durata dello studio:

Sperimentatore principale nel centro:

Tel.....Fax.....e-mail.....

Sezione A: Personale e strutture coinvolte nello studio

Sezione B: Assunzione di responsabilità a cura dello Sperimentatore Responsabile dello studio e del Direttore dell'Unità Operativa

**Sezione A: Personale e strutture coinvolte nello studio**

**PERSONALE**

**Personale coinvolto presso la struttura/U.O. proponente**

Elencare, per ogni qualifica, il numero di persone coinvolte (si intende personale dipendente e non).

**E' necessario indicare nome e qualifica (es. ricercatore, specializzando, contrattista, dottorando etc.)**

---

**Altre strutture/U.O. coinvolte nell'esecuzione dello studio**

*Elencare, le strutture/U.O. coinvolte e le attività svolte nell'ambito del presente studio:*

*Es. U.O. cardiologia per l'esecuzione di 2 ECG/paziente, U.O. radiologia per l'esecuzione di 1 TAC/paziente, laboratorio centralizzato per l'esecuzione di analisi ..., 1 biostatistico afferente a ... per l'analisi statistica, etc.*

---

**Studio in regime:**

- |                        |                             |                             |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • <b>Ambulatoriale</b> | sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • <b>DH</b>            | sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • <b>Ricovero</b>      | sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

## **Sezione B: Assunzione di responsabilità a cura dello Sperimentatore Responsabile dello studio e del Direttore dell'Unità Operativa**

Il sottoscritto Sperimentatore Responsabile e il sottoscritto Direttore dell'Unità Operativa coinvolta nello studio dichiarano, sotto la propria responsabilità, che:

- visti i criteri per l'arruolamento dei pazienti previsti dal presente protocollo, essi non confliggono con i criteri di arruolamento di altri protocolli attivati presso l'Unità Operativa;
- il personale coinvolto (sperimentatore principale e collaboratori) è competente ed idoneo;
- l'Unità Operativa presso cui si svolge la ricerca è appropriata;
- la conduzione della sperimentazione non ostacolerà la pratica assistenziale;
- lo studio verrà condotto secondo il protocollo di studio, in conformità ai principi della Buona Pratica Clinica, della Dichiarazione di Helsinki e nel rispetto delle normative vigenti;
- ai soggetti che parteciperanno allo studio, al fine di una consapevole espressione del consenso, verranno fornite tutte le informazioni necessarie, inclusi i potenziali rischi correlati alla sperimentazione;
- l'inclusione del paziente nello studio sarà registrata sulla cartella clinica o su altro documento ufficiale, unitamente alla documentazione del consenso informato;
- si assicurerà che ogni emendamento o qualsiasi altra modifica al protocollo che si dovesse verificare nel corso dello studio, rilevante per la conduzione dello stesso, verrà inoltrato al Comitato Etico da parte del Promotore;
- comunicherà ogni evento avverso serio al Promotore secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- ai fini del monitoraggio e degli adempimenti amministrativi, verrà comunicato al Comitato Etico l'inizio e la fine dello studio nonché inviato, almeno annualmente, il rapporto scritto sull'avanzamento dello studio (GCP paragrafo 4.10.1) e verranno forniti, se richiesto dal Comitato Etico, rapporti ad interim sullo stato di avanzamento dello studio;
- la documentazione inerente lo studio verrà conservata in conformità a quanto stabilito dalle Norme di Buona Pratica Clinica e tutta la normativa vigente;
- la ricezione del medicinale sperimentale utilizzato per lo studio avverrà attraverso la farmacia della struttura sanitaria, ai sensi dell'art. 7 del D.M. 21/12/2007;
- ai sensi della normativa vigente non sussistono vincoli di diffusione e pubblicazione dei risultati dello studio nel rispetto delle disposizioni vigenti in tema di riservatezza dei dati sensibili e di tutela brevettuale e, non appena disponibile, verrà inviata copia della relazione finale e/o della pubblicazione inerente;
- prima dell'avvio dello studio verrà firmata dalle parti una convenzione secondo la normativa vigente;
- lo studio verrà avviato soltanto dopo aver ricevuto formale comunicazione di parere favorevole del Comitato Etico e l'autorizzazione da parte dell'Autorità Competente.
- dichiaro di aver verificato che lo Sponsor è qualificato per svolgere la sperimentazione all'interno della Fondazione Policlinico Gemelli in quanto ottemperante ai requisiti della policy aziendale

Data

**Firma dello Sperimentatore Responsabile**

**Firma del Direttore dell'Unità Operativa Complessa**

<b>Presa visione del coinvolgimento richiesto, il Responsabile dell'U.O. di</b>	<b>Parere espresso</b>
<b>Farmacia</b>	
<b>Radiologia</b>	
<b>Laboratorio Analisi</b>	

FAC-SIMILE