

DOTAZNÍK – ZÁKLADNÍ INFORMACE O KH

ZAPOJENÍ KLINIKY RADIOLOGIE A NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY VE FN BRNO

Prosíme o pečlivé a kompletní vyplnění dotazníku dle požadavků protokolu/zadavatele, jedná se o závazný dokument. Na základě dotazníku se tvoří kalkulace poplatků pro radiologii a je zajištěna spolupráce na realizaci KH a na jiné než níže uvedené požadavky nemusí být v průběhu studie brán zřetel.

Prosíme, nezasahujte do formátu tohoto dokumentu.

Základní informace pro KRNM/KDR ke klinickému hodnocení (KH) (vyplní zadavatel KH/CRO)	
Hlavní zkoušející	
<i>Jména spolupracujících radiologů</i> (je potřeba předem domluvit prostřednictvím hlavního zkoušejícího)	
Zadavatel KH	
CRO	
Název studie	
Protokol č.	
Typ radiologického vyšetření (RTG, CT, MRI, UTZ, SCINTI, MUGA, PET MRI, ...) <u>vč. informace zda s/bez kontrastní látky</u>	
Vyšetřovaná oblast, lokalita	
Četnost prováděných vyšetření	
Doba trvání studie (od – do, počet měsíců)	
Předpokládaný počet zařazených pacientů	
Přepalování vyšetření na CD	ANO / NE
Odesílání snímků přes URL adresu k centrálnímu hodnocení; <u>nutné uvést v Dotazníku pro CI</u>	ANO / NE
Požadavky na radiologa, popis, ...	
Běžné radiologické vyšetření, není vyžadován ŽÁDNÝ aktivní osobní přístup radiologa ani přednostní termín vyšetření	
Požadavek na standardní popis vyšetření konkrétním radiologem do určitého termínu	
Další informace k prováděným vyšetřením, popis, ...	
Vyplnil (zodpovědná osoba zadavatele/CRO)	

Informace o kalkulaci odměny pro <u>KRNM/KDR</u> za popis vyšetření pro KH (vyplní pověřený pracovník OKS)	
RTG/UTZ jedna lokalita	
RTG/UTZ více lokalit	
CT jedna lokalita	
CT více lokalit	
CT celotělové	
MRI jedna lokalita	
MRI celotělové	
PET MRI	
Scintigrafie	
Platba za jiné radiologické vyšetření dle protokolu	
Platba za přepálení vyšetření na CD	
Separátní smlouva s radiologem	