



## DOCUMENTO SOBRE IDONEIDAD DE INVESTIGADORES, INSTALACIONES Y REMUNERACIÓN (ART. 17 RD 223/2004 DE 6 DE FEBRERO).

**Código Protocolo:** \_\_\_\_\_

<b>DPTO.</b>			
<b>SERVICIO</b>		<b>TEL. HOSPITAL</b>	

- ¿Reciben los pacientes algún tipo de compensación económica?  SÍ  NO  
 (si es afirmativa) especificar cantidad: \_\_\_\_\_ €
- Cantidad que recibirán los investigadores por paciente: \_\_\_\_\_ €

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ E-MAIL: _____ TELÉFONO: _____ Currículo Vitae NORMALIZADO (enviar en documento informático) (*) _____ DISTRIBUCIÓN REMUNERACIÓN POR PACIENTE: _____
--

(\*) No es necesario enviarlo si ya ha sido enviado en el último año.

**INVESTIGADORES ASOCIADOS:**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ E-MAIL: _____ TELÉFONO: _____ Currículo Vitae NORMALIZADO (enviar en documento informático) (*) _____ DISTRIBUCIÓN REMUNERACIÓN POR PACIENTE: _____
--

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ E-MAIL: _____ TELÉFONO: _____ Currículo Vitae NORMALIZADO (enviar en documento informático) (*) _____ DISTRIBUCIÓN REMUNERACIÓN POR PACIENTE: _____
--

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ E-MAIL: _____ TELÉFONO: _____ Currículo Vitae NORMALIZADO (enviar en documento informático) (*) _____ DISTRIBUCIÓN REMUNERACIÓN POR PACIENTE: _____
--

Investigador Principal: \_\_\_\_\_

Fdo. Dr. D. \_\_\_\_\_



**ENSAYOS CLÍNICOS DEL SERVICIO EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS Y/O ACTIVOS:**

CÓDIGO: \_\_\_\_\_ FARMACO EXP.: \_\_\_\_\_  
 INVESTIGADOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 FECHA COMIENZO: \_\_\_\_\_ FECHA FINAL Ó PREVISTA: \_\_\_\_\_  
 N° PACIENTES INCLUIDOS HASTA LA FECHA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO: \_\_\_\_\_ FARMACO EXP.: \_\_\_\_\_  
 INVESTIGADOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 FECHA COMIENZO: \_\_\_\_\_ FECHA FINAL Ó PREVISTA: \_\_\_\_\_  
 N° PACIENTES INCLUIDOS HASTA LA FECHA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO: \_\_\_\_\_ FARMACO EXP.: \_\_\_\_\_  
 INVESTIGADOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 FECHA COMIENZO: \_\_\_\_\_ FECHA FINAL Ó PREVISTA: \_\_\_\_\_  
 N° PACIENTES INCLUIDOS HASTA LA FECHA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO: \_\_\_\_\_ FARMACO EXP.: \_\_\_\_\_  
 INVESTIGADOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 FECHA COMIENZO: \_\_\_\_\_ FECHA FINAL Ó PREVISTA: \_\_\_\_\_  
 N° PACIENTES INCLUIDOS HASTA LA FECHA: \_\_\_\_\_

- N° de pacientes con la enfermedad en estudio atendidos en el servicio/año:

--	--	--

- N° de pacientes previstos a los que solicitar su inclusión:

--	--	--

- N° medio de visitas anuales por paciente con la enfermedad en estudio/año:

--	--	--

- N° de visitas anuales por paciente incluido en el estudio:

--	--	--

Investigador Principal: \_\_\_\_\_

Fdo. Dr. D. \_\_\_\_\_



- Relación de consultas, pruebas complementarias diagnósticas y terapéuticas para los pacientes que participan en el estudio:

PRUEBA	FRECUENCIA	DURACIÓN	SUPONE UN COSTE AÑADIDO A LA RUTINA
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**ASPECTOS LOGÍSTICOS:**

	PERSONA Y SERVICIO RESPONSABLE	FIRMA
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EXTRACCIÓN</li> <li>▪ PROCESAMIENTO</li> <li>▪ ANÁLISIS</li> <li>▪ LÍQUIDOS BIOLÓGICOS</li> <li>▪ TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS (Scanner, Broncoscopia, Radiología,...)</li> <li>▪ OTROS: _____</li> </ul>	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
- MEDICACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PAGO MUESTRAS (APORTACIÓN)</li> <li>▪ CONTROL Y ALMACENAJE</li> <li>▪ DISPENSACIÓN</li> </ul>	_____ _____ _____	_____ _____ _____

En Santa Cruz de Tenerife a, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Investigador Principal:

Fdo. Dr. D. \_\_\_\_\_