**טופס נלווה למחקר רפואי במימון פנימי**

מספר המחקר (הלסינקי) מספר מחקר

1. **פרטי חוקר**
2. שם החוקר הראשי שם חוקר
3. האם ביצעת מחקרים בעבר? [ ] כן/ [ ] לא
4. האם עברת הכשרה/ הסכמה ביחס לכללי עריכת מחקר? [ ] כן/ [ ] לא
5. אם כן, באיזו שנה שנה
6. האם מועסק/ת במחלקה מתאם/ת מחקר בהתאם להנחיות[[1]](#footnote-1)? [ ] כן/ [ ] לא

במידה וכן יש לציין שם שם מתאמ/ת מחקר

1. האם הועבר אליך חוזה מחקר? [ ] כן/ [ ] לא

במידה ולא יש לפנות במייל לגב' מזל באבא לקבלת חוזה לדוגמא mazalb@bmc.gov.il

1. האם פנית להכללת משתתפי המחקר בביטוח "ענבל" מטעם בית החולים? [ ] כן/ [ ] לא

במידה ולא יש לפנות במייל לגב' אורנית כהן לקבלת פנייה לדוגמא ornitc@bmc.gov.il

1. סוג ניסוי - [ ] תרופה/ [ ] מכשיר/ [ ] תרופה+ מכשיר/ [ ] גנטי/ [ ] שאלונים/ [ ] ללא מוצר
2. מהי מידת הסיכון להערכתך בניסוי זה ? [ ] גבוהה/ [ ] נמוכה
3. אספקת תרופת מחקר ע"י מממן [ ] כן/ [ ]  לא
4. אספקת ציוד וחומרים ע"י מממן [ ] כן/ [ ]  לא
5. **רמת ההוצאות הצפויה במחקר:** במידה וכן, : יש לציין סכום [ ] ₪ / [ ] $/ [ ]  €
6. **בדיקות המחקר**
7. על חשבון המבטח (טופס 17 )? [ ] כן/ [ ] לא

במידה וכן, : רשימת בדיקות ע"ח מבטח

1. על חשבון מממן חיצוני (מסחרי/ שאינו מסחרי) [ ] כן/ [ ] לא

 האם מדובר בכל הבדיקות [ ] כן/ [ ] לא

1. על חשבון קרן מחלקתית? )? [ ] כן/ [ ] לא

 במידה וכן, : רשימת בדיקות ע"ח קרן מחלקתית

1. הבדיקות מבוצעות מחוץ לבית החולים [ ] כן/ [ ] לא

 שם המעבדה בה מתבצעות הבדיקות

1. מימון חומרים/ ציוד הנדרש לצורך ביצוע הבדיקות

 ע"ח מממן חיצוני / המעבדה החיצוני המבצעת את הבדיקה [ ] כן/ [ ] לא

 ע"ח קרן מחלקתית [ ] כן/ [ ] לא

1. **הוצאות אשפוז**

האם צפוי אשפוז במחקר? [ ] כן/ [ ] לא, יש למלא אחת משלוש האפשרויות

1. מימון האשפוז ע"ח מממן חיצוני? [ ] כן/ [ ] לא מספר ימי אשפוז: מספר ימים
2. מימון האשפוז ע"ח קרן מחלקתית? [ ] כן/ [ ]  לא מספר ימי אשפוז: מספר ימים
3. מימון האשפוז ע"ח מבטח ? [ ] כן/ [ ]  לא מספר ימי אשפוז: מספר ימים

האם ישנה מעורבות של גורם מסחרי במחקר? [ ] כן/ [ ]  לא

1. **ההכנסות מהמחקר**

שם המממן: שם המממן

אספקת תרופת מחקר ע"י מממן [ ] כן/ [ ]  לא

אספקת ציוד וחומרים ע"י מממן [ ] כן/ [ ]  לא

במידה ויחולו שינויים במהלך המחקר וידרשו בדיקות נוספות/ עדכון ימי אשפוז על החוקר לוודא שעלותן תמומן ע"ח מממן חיצוני \ מבטח. יש להעביר טופס מימון חדש מעודכן. במידה ולא יסדיר החוקר כיסוי לבדיקות \ אשפוזים אלו מגופים מממן חיצוני \ מבטח, יכוסו העלויות ע"י החוקר.

**הריני מצהיר שאשא בעלויות בדיקות/ אשפוזים/ הוצאות אחרות, שלא ימומנו ע"ח המבטח/ מממן חיצוני.**

**בנוסף, הריני מצהיר שלא צפוי תגמול אישי לצוות המחקר או לגורם זר**:

חתימת חוקר/ת ראשי חתימה+ חותמת

תאריך- ת אריך

1. הגדרת תפקיד מתאמת מחקרים ניתן לקבל ישירות למייל בפנייה ל- ornitc@bmc.gov.il [↑](#footnote-ref-1)