

היחידה לניהול מחקרים
 ועדת הלסינקי

טל: 08-6244571, פקס: 08-6244557

תאריך: _____

דף התחייבות כספית למחקר

למילוי על ידי החוקר הראשי במחקר (יש למחוק את שאינו רלוונטי):

רשימת תיוג לתקצוב מחקרים במרכז הרפואי סורוקה

חוקר ראשי: _____ היחידה בה יתבצע המחקר: _____
 מס' מחקר: _____

נושא:

מקורות/ מימון המחקר: (מענק מחקר):

על החוקר למלא את השדות הרלוונטיים, לצרף את פרוטוקול המחקר.

1. כח אדם

א. האם יועסקו במחקר עובדים בעבודה נוספת?

כן

לא

אם כן נא לפרט

סוג עבודה נוספת	כמות	תשלום לפעולה	סה"כ תשלום נדרש

2. ציוד וחומרים

א. האם נדרש שימוש בציוד ייעודי למחקר?

כן

לא

אם כן נא לפרט, ולצרף הצעות מחיר.

סוג מיכשור	ייעוד	יצרן/יבואן	עלות

ב. האם נדרש ציוד מתכלה וריאגנטיים להפעלת מיכשור או בנפרד?

כן

לא

אם כן נא לפרט

ריאגנט/ציוד מתכלה	עלות	כמות	סה"כ כמות	סה"כ עלות	יש מק"ט?

ג. תחזוקת ציוד – האם נדרש הסכם תחזוקה?

כן

לא

3. אשפוזים וביקורי מרפאה

- כמה חולים ישתתפו במחקר _____?
- מספר ביקורי מרפאה לכל חולה _____?
- מתוכם – כמה ביקורים נכללים במסגרת טיפול רוטיני _____?
- סה"כ ביקורים שמטרתם מחקרית פר חולה _____?
- סה"כ ביקורי מחקר בכלל המחקר (לכלל המטופלים) _____?
- האם נדרשים אשפוזים במסגרת המחקר? אם כן, מספר ימי אשפוז לחולה _____?
- סה"כ ימי אשפוז במסגרת המחקר (לכלל המטופלים) _____?

מס' פר חולה (סעיף ד' או ו')	סה"כ לצרכי מחקר (סעיף ה' או ז')	עלות פר ביקור/אשפוז	סה"כ עלות	מרפאה / מחלקה	ביקור מרפאה / אשפוז

במידה וקיים הבדל בין הרשום בטבלה הנ"ל, לבין הנדרש בפרוטוקול / טבלת לוח"ז המחקר, נא להסביר:

4. בדיקות מעבדה

שם הבדיקה	קוד מעבדה	מס' חולים	בדיקות פר חולה	סה"כ בדיקות	עלות פר בדיקה	סה"כ עלות

במידה וקיים הבדל בין הרשום בטבלה הנ"ל, לבין הנדרש בפרוטוקול / טבלת לוח"ז המחקר, נא להסביר:

5. הדמיה ופרוצדורות

שם הבדיקה/פרוצדורה	קוד מ.ב.	מס' חולים	בדיקות פר חולה	סה"כ בדיקות	עלות פר בדיקה	סה"כ עלות

במידה וקיים הבדל בין הרשום בטבלה הנ"ל, לבין הנדרש בפרוטוקול / טבלת לוח"ז המחקר, נא להסביר:

6. בית מרקחת

א. האם יעשה שימוש בתרופות במחקר זה?

כן

לא

ב. פרט היכן יאוחסנו התרופות מחלקת המחקר _____
 בית המרקחת

טיפול שיגרתי _____ (עלות)

נדרשת עבודה מיוחדת _____ (עלות)

ג. האם תשלום לבית המרקחת ישולם מכספי הקרן?

כן

לא

7. הוצאות אחרות במסגרת בית החולים

שם	כמות	מחיר	סה"כ
חיפוש במסדי נתונים			
הוצאת גיליונות מרשומות			
טלפוניה ופקס			
נייר להדפסה			
דואר			
הסעת חולים			
אחרים			
סה"כ			

8. סיכום פירוט התחיבות לתשלום למחקר מספר :

יש למלא בהתאם למפורט בסעיפים 1-7.

סה"כ עלויות	
8.1	העסקת כ"א
8.21	רכישת ציוד ומכשור רפואי
8.22	רכישת חומרים
8.31	ביקורי מרפאה
8.32	אישפוזים
8.4	שירותי מעבדה
8.5	שירותי הדמיה ופרוצדורות
8.6	שירותי רוקחות
8.71	חיפוש במסדי נתונים
8.72	הוצאת גיליונות מרשומות
8.8	הוצאות אחרות
8.9	הוצאות נסיעה

אני מאשר כי העלויות המפורטות לעיל הן העלויות המתוכננות לפרוטוקול שאושר בוועדת הסיניקי, ומתחייב לשלם בעבור שירותים אלה.

אני מתחייב להצהיר על כל שירות אשר ינתן למטופל בשל השתתפותו במחקר, ולציין על גבי טופס הבקשה לשירות את מספר המחקר בצרוף המילה "מחקר".
 במידה ויהיה שינוי לפרוטוקול תעודכן התחייבותי הכספית למרכז הרפואי סורוקה.

_____	_____	_____
חתימה	תאריך	חוקר ראשי
_____	_____	_____
חתימה	תאריך	היחידה לניהול מחקרים
_____	_____	_____
חתימה	תאריך	סגן מנהל בית החולים

למילוי על ידי מורשה החתימה בקרן:

אני מבקש/ת לשריין לטובת המרכז הרפואי סורוקה, ממנהל הקרן באוניברסיטת בן-גוריון או מרמ"ד קרנות מחקר, סורוקה. (מחק את המיותר)
 סכום של: _____ (סוג המטבע), מסעיפי התקציב שלי בקרן שמספרה: _____
 בעבור שירותי בית החולים למחקר מס' _____ כמפורט לעיל.
 אני מאשר העברת הכספים המשוריינים לטובת המרכז הרפואי סורוקה, בהתאם למפורט בדף התיג הכלכלי שלעיל.

שם מורשה החתימה בקרן: _____ חתימת מורשה החתימה: _____