

## Ansökan om genomförande av studie, röntgen

|   |  |
|---|--|
| <b>Studiens namn</b>  |  |
| <b>Syfte med studien</b>  |  |
| <b>Ansvarig forskare och klinik</b><br>(läkare namn och tel., ev. forskningssköterska. Namn och tel.)           |  |
| <b>Typ av studie</b>  | <input type="checkbox"/> Forskningsstudie<br><input type="checkbox"/> Annan studie med huvudansvar på röntgen<br><input type="checkbox"/> Annan studie med röntgenmedarbetare inblandade |
| <b>Studieperiod</b><br>(datum och tidpunkt för start och stopp)   |  |
| <b>Typ av undersökning, antal patienter samt ev. periodicitet</b>   |  |
| <b>Ansvarig på röntgen</b><br>(radiolog, rtg.ssk,)  |  |
| <b>Hur ska undersökningen utvärderas?</b>   |  |
| <b>Kan undersökningen ske på annan röntgenavdelning?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej<br>Ev. kommentar:  |
| <b>Ska samma radiolog utvärdera alla us?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej<br>Ev. kommentar:  |
| <b>Ska röntgenundersökningen skickas någonstans?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja avidentifierad<br><input type="checkbox"/> Nej  |
| <b>Ekonomisk överenskommelse</b><br>(avtal med företag eller interndebitering, ange fakturaadress eller ansvar) |  |
| <b>Ev. övrig information</b>  |  |
| <i>Ifylles av röntgenkliniken:</i><br><b>Godkänd av strålsäkerhetsrådet</b>                                     | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ej tillämpligt<br>Ev. kommentar:   |
| <b>Datum</b>  | <b>Godkänt av ansvarig på röntgenkliniken</b>  |
|   |  |