

ANEXO IV CONFORMIDAD SERVICIO.....

**NECESIDAD DE DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE.....
EN ENSAYO CLÍNICO/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

TÍTULO PROTOCOLO:

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:
CÓDIGO PROTOCOLO / CEI / CEIC / CEIm / CEEA:
Nº EUDRACT:**

Se hace contar:

Que en el desarrollo del ensayo clínico/proyecto de investigación arriba enunciado

- SÍ** se precisa de la colaboración de personal de..... extraordinaria a la práctica habitual de cuidados de los pacientes tratados con esta patología

Para la realización de dichas actividades

- Se ha incluido personal de..... del Servicio/Unidad en el equipo de investigación en horario independiente al asistencial
- Se ha contratado personal externo de..... a cargo del proyecto
- Es la Fundación de Investigación del Hospital Universitario de Getafe el que proporciona el recurso personal de.....

En cualquier caso el personal de..... se compromete a realizar dichas actividades sin que ello interfiera en la realización de las actividades que tienen habitualmente encomendadas, si son personal de la Unidad

En caso de personal de..... externo a la Unidad, asume todas las cargas de personal de..... sin que supongan ninguna actividad para el equipo del Hospital
(No olvidar firmas de los responsables página siguiente)

- NO** precisa la realización de técnicas y/o actividades de personal de..... a las que se desarrollan de manera habitual en los pacientes con esta patología

Getafe a..... de..... de.....

Fdo.:
(Nombre y apellidos)

Responsable del Servicio de.....

ANEXO VI

CONFORMIDAD SERVICIO DE

Dr./Dra. _____, responsable del Servicio de
del Hospital Universitario de Getafe, hace constar que tras evaluar el protocolo del estudio:

Código de Protocolo / CEI / CEIC / CEIm / CEEA:
Titulo:

Cuyo investigador principal es el Dr./Dra.:

Y Promotor:

Que el estudio ha sido presentado al CEI / CEIC / CEIm / CEEA.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el ensayo clínico, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudio, ni en otras actividades que realiza habitualmente.

Que el Servicio de percibirá € por paciente y que
la prueba extraordinaria* es.....

Getafe a..... de..... de.....

Fdo.:
(Nombre y apellidos)

Responsable del Servicio de.....

* Prueba extraordinaria: Prueba médica, análisis o exploración adicional que no forma parte de la práctica clínica habitual