

Fiche demande d'intervention plateforme Soutien INvEsTigation Clinique

formulaire à compléter et à transmettre par mail à sinetic@chu-besancon.fr

Demandeur

Date de la demande : _____

Nom : _____	Prénom : _____	Fonction : _____
Etablissement/Service : _____		
E-mail : _____	Téléphone : _____	

Investigateur principal

Nom : _____	Prénom : _____	Fonction : _____
Etablissement/Service : _____		
E-mail : _____	Téléphone : _____	

Promotion

Promoteur de l'étude : _____	Type de promotion : _____		
Contact ARC promoteur : _____			
Nom : _____	Prénom : _____	Tél : _____	E-mail : _____

Etude

Titre court ou Acronyme : _____		
Titre complet : _____		
<i>Joindre synopsis et protocole si disponible.</i>		
Date prévisionnelle de démarrage (MEP) : _____	Durée d'inclusion (en mois) : _____	Durée de suivi (en mois) : _____
Nb théorique de patients à inclure au CHRU : _____	Précision : _____	

Budget pour mission TEC/IDE

Type de financement : _____	si autre, préciser : _____
<input type="checkbox"/> TEC (technicien d'étude clinique) Temps souhaité : _____	Budget disponible : _____ €
<input type="checkbox"/> IDE (Infirmière diplômé d'état) Temps souhaité : _____	Budget disponible : _____ €

Aide attendue

<input type="checkbox"/> Coordination de l'étude , préciser : _____
<input type="checkbox"/> Réalisation de l'étude
<input type="checkbox"/> Organisation des visites (prise de RDV, pochette recherche, rédaction documents opérationnels..)
<input type="checkbox"/> Recueil de données (remplissage de CRF)
<input type="checkbox"/> Questionnaires patient
<input type="checkbox"/> Randomisation
<input type="checkbox"/> Récupération des traitements à la pharmacie
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers : <input type="checkbox"/> Signes Vitaux <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PDS <input type="checkbox"/> traitement
<input type="checkbox"/> Surveillance patient, durée : _____ <input type="checkbox"/> autre : _____
<input type="checkbox"/> Aides durant les visites prévues dans le protocole, préciser : _____
<input type="checkbox"/> Gestion des prélèvements <input type="checkbox"/> techniquage <input type="checkbox"/> Stockage -20°C <input type="checkbox"/> envoi
<input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____
<input type="checkbox"/> Déplacements à prévoir, préciser : _____

Organisation de l'étude

Existe-il-un jour de la semaine dédié aux visites de l'étude ?	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	Préciser : _____
Autres impératifs ou spécificités liés au service ou à l'étude :	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	Préciser : _____

Fiche demande d'intervention plateforme Soutien INvEsTigation Clinique REPONSE (ne pas remplir)

Personnel présumé

Nom du personnel présumé : TEC : [redacted]
 IDE : Sylvie COUR ou Raphaële BLONDET

Commentaires :

[redacted]

Financement validé par la DRCI : Oui Non

Visa du Responsable Plateforme

Personnel affecté : Oui Non

Nom du personnel affecté : TEC : [redacted]
 IDE : Sylvie COUR ou Raphaële BLONDET

Date de disponibilité : [redacted]

Commentaires :

[redacted]

Signature

[Signature box]

Date de la réponse [redacted]