

Projektanmälan ligger till grund för RCC:s resursplanering och kostnadsberäkning.  
Inlämnas i god tid före projektstart.

**1** Projekttitel \_\_\_\_\_

**2** Projektansvarig \_\_\_\_\_

Sjukhus \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

**3** Medarbetare \_\_\_\_\_

**4** Typ av projekt

Företagsstudie  Multicenter  Nej  Ja

Prövarinitierad med visst stöd

Akademisk

**a** Klinisk studie

Tidsaspekter

Inklusionstid Start 

--	--	--	--	--

År Mån Dag Slut 

--	--	--	--	--

År Mån Dag

Antal formulär/moduler 

--	--	--	--

 Uppföljning  Nej  Ja

Uppskattat antal variabler 

--	--	--	--	--

Studien monitoreras av företag/CRO  Nej  Ja

Uppskattat antal patienter 

--	--	--	--	--

**b** Registerstudie

Vilket/vilka register \_\_\_\_\_

Länkning mot andra datakällor  Nej  Ja

Vilka datakällor \_\_\_\_\_

**5** Sökt stöd från RCC

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Projektplanering       | <input type="checkbox"/> Biostatistik                                       |
| <input type="checkbox"/> Databaskonstruktion    | <input type="checkbox"/> Randomisering                                      |
| <input type="checkbox"/> Inmatning/Registrering | <input type="checkbox"/> Monitorering                                       |
| <input type="checkbox"/> Data management        | <input type="checkbox"/> Kontakt med SCB/Socialstyrelsen rörande länkningar |
| <input type="checkbox"/> Etikprövningsfrågor    | <input type="checkbox"/> Biobanksfrågor                                     |
| <input type="checkbox"/> Epidemiologisk metodik | <input type="checkbox"/> Övrigt _____                                       |

**6** Planerat datum för studiestart 

--	--	--	--	--

År Mån Dag

**7** Bilagor

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protokoll          | <input type="checkbox"/> CRF         |
| <input type="checkbox"/> Patientinformation | <input type="checkbox"/> EPN-ansökan |
| <input type="checkbox"/> QoL-formulär       | <input type="checkbox"/> LV-ansökan  |

**8** Datum och projektansvarigs underskrift \_\_\_\_\_

RCC:s anteckningar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

För RCC

Datum

Underskrift

Förkortningar

CRF	Case Report Form
CRO	Contract Research Organization
EPN	Etikprövningsnämnden
LV	Läkemedelsverket
SCB	Statistiska centralbyrån
QoL	Quality of Life