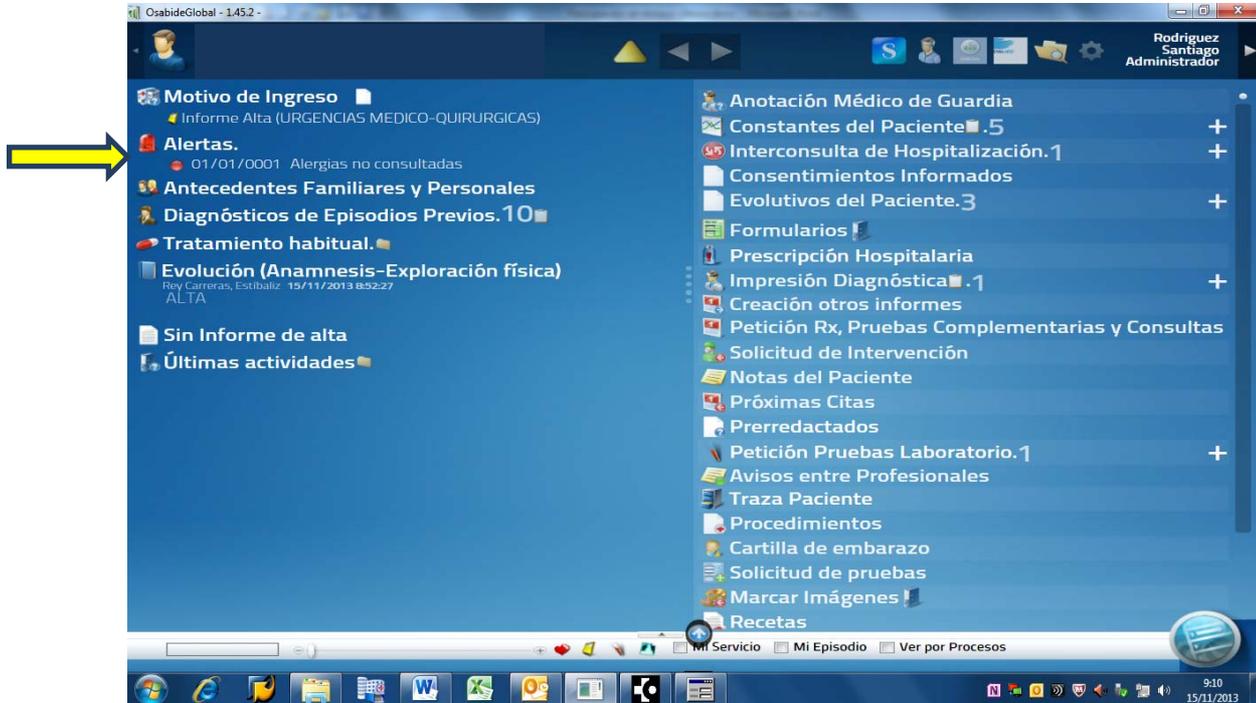
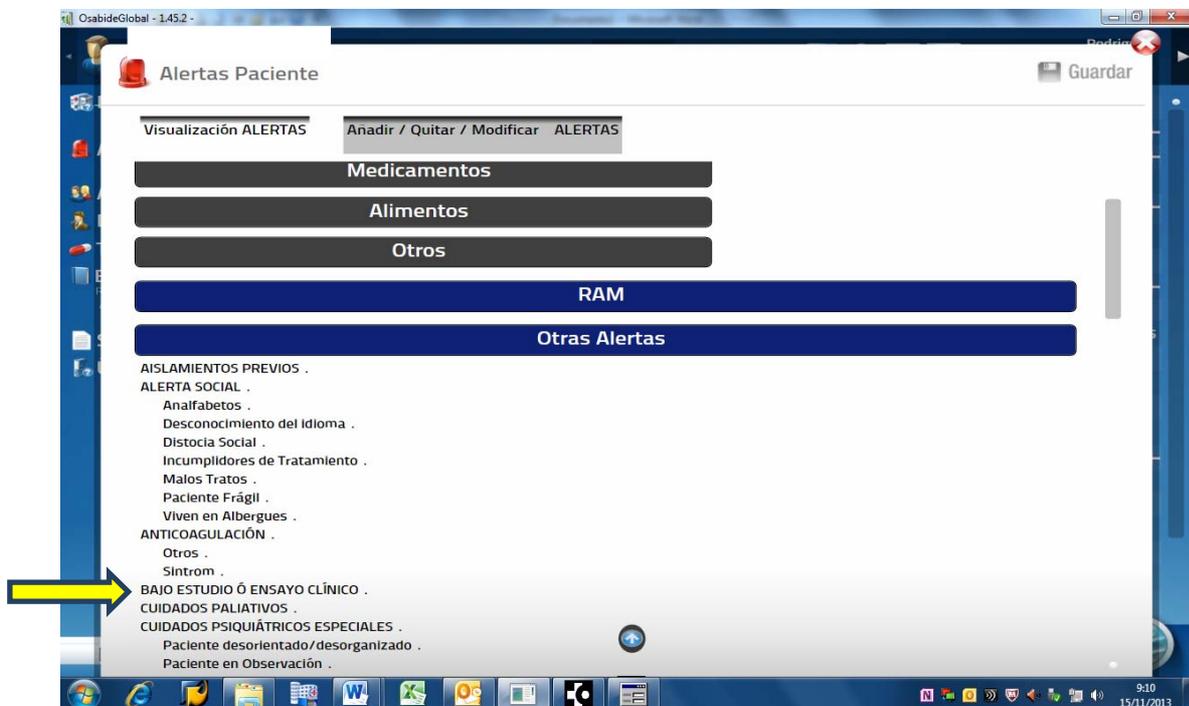


TUTORIAL PARTICIPACIÓN EN ENSAYO CLÍNICO HOSPITALIZACIÓN/CONSULTAS EXTERNAS

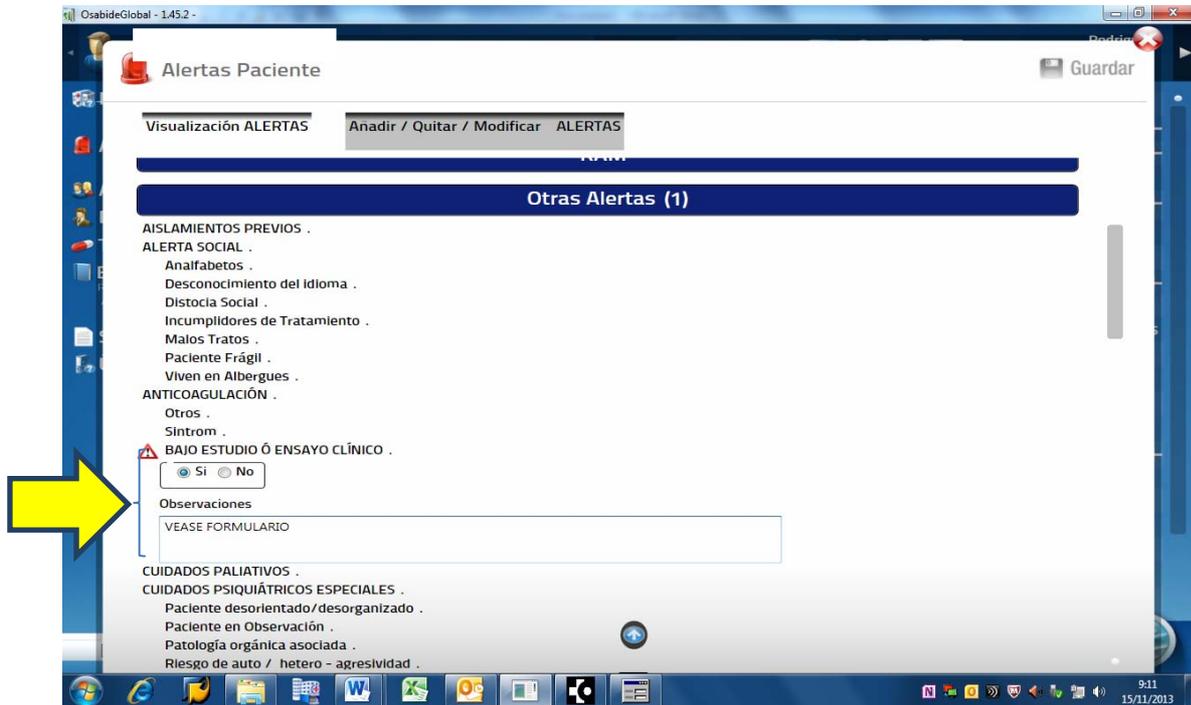
1) En la Pantalla inicial de la Historia Clínica del paciente, SELECCIONAR “ALERTAS”



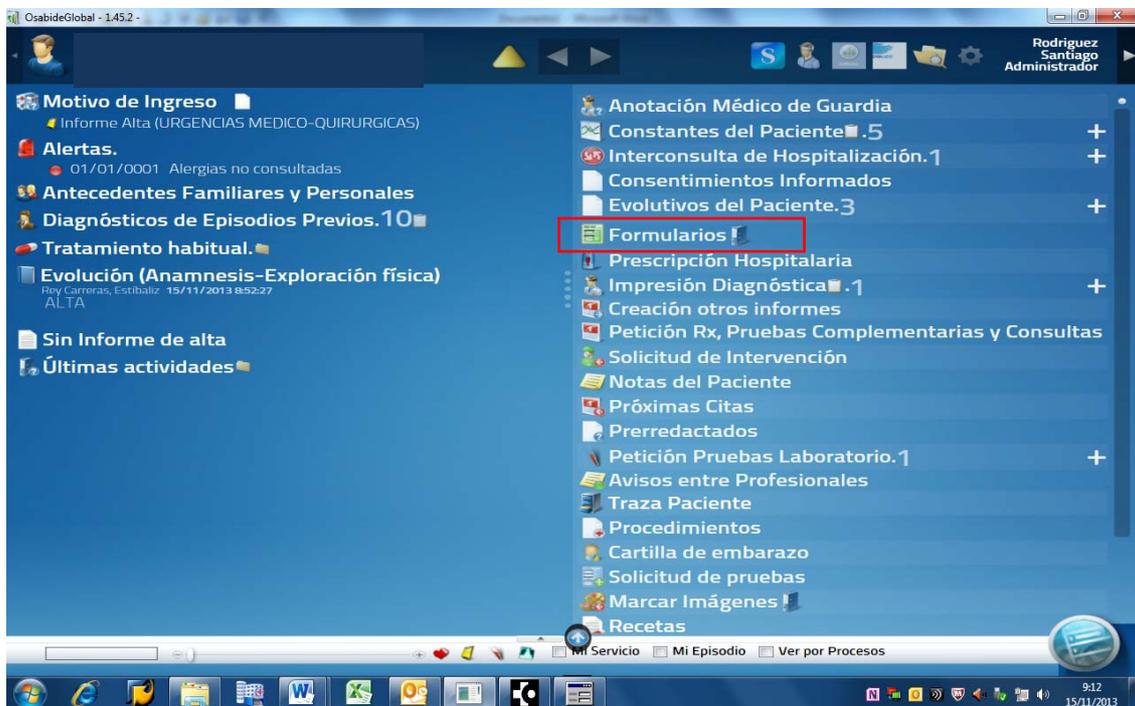
2) Ir a Otras Alertas y SELECCIONAR “BAJO ESTUDIO O ENSAYO CLÍNICO”



3) En “Bajo estudio o ensayo clínico”, SELECCIONAR “SÍ”, ESCRIBIR EN OBSERVACIONES “VÉASE FORMULARIO” Y GUARDAR  (el programa nos devolverá a la pantalla inicial)

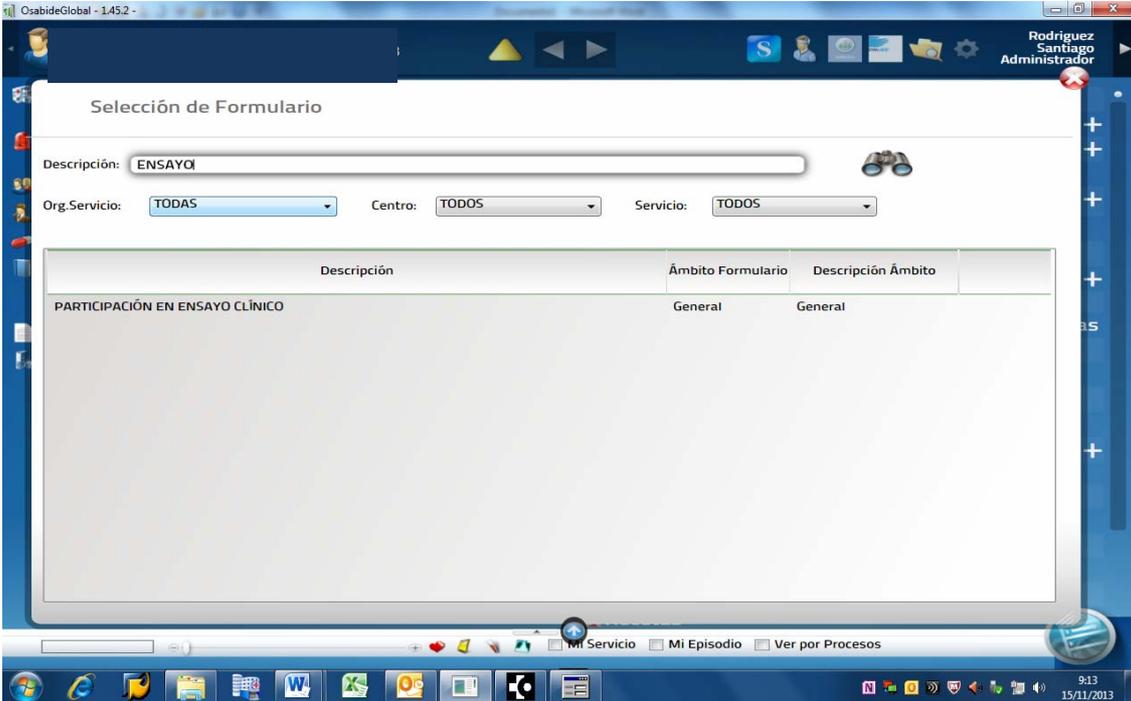


4) En la Pantalla Inicial, SELECCIONAR “FORMULARIOS” (parte dcha pantalla)



IMPORTANTE: EN EL CASO DE QUE “FORMULARIOS” NO ESTÉ EN LA PANTALLA, SE DEBE SELECCIONAR EL ICONO  “CONFIGURACIÓN DE USUARIO”, ACTIVAR GADGETS, ACTIVAR “FORMULARIOS” Y GUARDAR  . UNA VEZ ACTIVADOS LOS FORMULARIOS, REPETIR EL PASO 4.

5) Seleccionar el Formulario ESCRIBIENDO "ENSAYO" EN DESCRIPCIÓN O ACCEDER A TRAVÉS DEL BUSCADOR  AL FORMULARIO "PARTICIPACIÓN EN ENSAYO CLÍNICO"



OsabideGlobal - 1.45.2 - Rodríguez Santiago Administrador

Selección de Formulario

Descripción: 

Org.Servicio: Centro: Servicio:

Descripción	Ámbito Formulario	Descripción Ámbito
PARTICIPACIÓN EN ENSAYO CLÍNICO	General	General

Mi Servicio Mi Episodio Ver por Procesos

913 15/11/2013

6) CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO Y GUARDAR (los campos en ROJO SON OBLIGATORIOS)

PARTICIPACIÓN EN ENSAYO CLÍNICO



EPAIKETA KLINIKO PARTE HARTZEA - PARTICIPACIÓN EN ENSAYO CLÍNICO

Argibideak / Instrucciones:

Formulario hau oso-osorik eta zuzen betetzea nahitaezkoa da pazientearen historia klinikoan txertatzeko, eta horren ardura saiakuntza klinikoaren ikertzaile nausiarri da. La cumplimentación completa y correcta de este Formulario es obligatoria en la historia clínica del paciente que participe en un ensayo clínico y es responsabilidad del investigador principal del mismo.

Ez ahaztu: formularioa betetzeaz gain, pazientea saiakuntzan hasten denean "Saiakuntza Klinikoan parte hartzea" izeneko alarma piztu behar duzu, eta Oharrak atalean "Ikusi Formularioa" idatzi. Halaber, pazientearen parte hartzea amaitu ondoren, Alarma itzali beharko duzu.

No se olvide que de que, además de cumplimentar este Formulario, también debe, en el momento en el que el paciente comience su participación en el ensayo, activar una Alarma con la denominación de "Participación en ensayo clínico" en cuyo apartado de Observaciones deberá reflejar el término "Véase Formulario". Asimismo y una vez finalizada la participación del paciente en el ensayo deberá desactivar la Alarma.

Gogoratu, ikerketarekin lotutako edozein jarduera egin aurretik, pazienteak saiakuntza klinikoaren baimen informatua sinatu eta datatu behar duela.

Recuerde que de manera previa a realizar alguna acción relacionada con el estudio, el paciente debe haber firmado y fechado el correspondiente Consentimiento I del ensayo clínico.

Saio Klinikoaren izenburua - Título del Ensayo Clínico:

Protokolo Kodea - Código del Protocolo:

EUDRACT zenbakia - Número EUDRACT:

Ikertzaile nagusia zentroan - Investigador principal en el centro:

Zerbitzua - Servicio:

Zentro - Centro:

Ospitalizazioa
Hospitalización



Kanpo-Kontsultak
Consultas Externas



Beste batzuk
Otros

Pazientearen saio-kodea - Código del paciente en el Ensayo:

Pazientea saiakuntzan hasi den eguna - Fecha de entrada del paciente en el Ensayo:

Pazientea saiakuntzan amaituko den (aurreikusitako) eguna - Fecha (prevista) de finalización de participación del paciente en el ensayo:

Tratamenduaren (aurreikusitako) amaiera-data - Fecha (prevista) de Fin de tratamiento:

Tratamenduaren amaiera-data - Fecha de fin del tratamiento:

Informacio gehiagorik behar izanez gero, jarri harremanetan -
En caso de ser necesaria información, contactar con:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

OHARRAK - OBSERVACIONES

Saiakuntza klinikoarekin lotutako beste edozein argibide edo informazio behar izanez gero, jarri harremanetan ikertzaile nagusiarekin (haren datuak Formularioan agertzen dira).

En el caso de que necesite alguna aclaración u otra información relacionada con el ensayo clínico dirjase directamente al investigador principal del mismo cuyos datos de contacto aparecen en el Formulario.

Erregistro honekin lotutako beste edozein argibide edo informazio behar izanez gero, jarri harremanetan Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko IKEBeko idazkariarekin - Amaia Martínez Galarza. (amaia.martinezgalarza@osakidetza.net; tel.: 946006314).

En el caso de que necesite alguna aclaración u otra información relacionada con este Registro puede dirigirse a Amaia Martínez Galarza.- Secretaria CEIC Hospital Universitario Cruces (amaia.martinezgalarza@osakidetza.net; tfno: 946006314).