

SCHEDA FINANZIARIA STUDI NO-PROFIT

COSTI/PRESTAZIONI INERENTI ALLA RICERCA e relativo FINANZIAMENTO

PRESTAZIONI/MATERIALI aggiuntivi e relativo finanziamento

Il/La sottoscritta/o	
Struttura/Servizio di:	
in relazione alla ricerca dal titolo:	
Codice (se previsto)	

DICHIARA che lo studio proposto **comporta l'effettuazione di alcune prestazioni** (diagnostiche, farmaceutiche, etc)/**uso di materiale AGGIUNTIVO** rispetto a quanto previsto dalla pratica clinica per il trattamento delle patologia oggetto dello studio, di seguito elencate.

DICHIARA che si impegna ad **INFORMARE** tutte le componenti coinvolte nella sperimentazione (unità operative, personale infermieristico e tecnico).

Prestazioni diagnostiche strumentali e di laboratorio:

Indagine/Prestazione	Servizio erogante	Costo unitario	n.TOT pazienti *	n.prestazioni a paz*	TOTALE	
					n. totale di prestazioni previste	Costo totale
TOTALE						

* se pertinente

Note

Farmaci, dispositivi medici e similari:

Farmaci/o e dispositivi medici	Costo unitario	q.tà a paz.*	n. paz previsti*	TOTALE	
					Quantitativo totale	Costo totale
TOTALE						

* se pertinente

Note

Materiale di consumo (kit, reagenti,)

descrizione	Costo unitario	q.tà/paz*	n. paz previsti*	TOTALE	
					q.tà. totale	Costo totale
TOTALE						

* se pertinente

Note

PERSONALE: Contratti, borse, collaborazioni,:

DESCRIZIONE	Servizio	Costo	TOTALE
			Costo totale
TOTALE			

* se pertinente

Note

Prestazioni medico – specialistiche (es. consulenza,):

DESCRIZIONE					TOTALE	
Consulenza/visita	Servizio erogante	Costo unitario	n.TOT pazienti *		n. totale di consulenze	Costo totale
TOTALE						

* se pertinente

Note

Altre Prestazioni/costi (es. spedizione campioni, macchinari, materiale consumo vario, collaborazioni esterne,.....)

					TOTALE	
descrizione	tempo	Costo unitario		n.TOT pazienti *	n. totale*	Costo totale
TOTALE						

* se pertinente

Note

ASSICURAZIONE*

	Nr. Pazienti	PREMIO	Costo Totale
Totale stimato			

* per studi interventistici su **farmaci/medicinali** o che prevedono uso di farmaci considerati "sperimentali" per la patologia (es. eventuale MdC x CEUS, mammografia,....), secondo quanto previsto dal D.M. 14/07/2009, dovrà essere stipulata apposita polizza qualora quella istituzionale non sia stata estesa anche ad attività sperimentale. Sarà necessario altresì stipulare apposita polizza anche nel caso di utilizzo di dispositivi medici ad uso sperimentale e/o di prestazioni interventistiche non previste da pratica clinica, qualora le stesse non siano coperte dalla polizza istituzionale.

Specificare di seguito su quali fondi/Fonti di finanziamento dovranno gravare gli oneri delle prestazioni/materiali aggiuntivi, ecc.

Nel caso di farmaci, kit, reagenti, altro materiale forniti a titolo gratuito, specificare l'ente/ditta di riferimento (dovrà essere predisposta/allegata apposita dichiarazione/convenzione)

DATI SUL FINANZIAMENTO PROPOSTO

(da compilare solo in caso di studio che preveda un finanziamento esterno)

ENTE/Società	
Compenso unitario per paziente*	
Numero pazienti previsto*	
Finanziamento totale	
NOTE:	
.....	
.....	

* se pertinente

Note

.....

DATI SUL FONDO utilizzato per copertura costi

(da compilare in caso di fondi disponibili/autorizzati a copertura dei costi – es. Fondi RC, AIRC, F.do sperimentazioni,.....)

FONDO	
Titolare fondo/Servizio	
Codice di riferimento	
Impegno di spesa previsto	
NOTE:	
.....	
.....	

Note

.....

Data,

Firma
