**Αίτηση για Προκαταρκτική Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας**

Πρώτη Φάση: Αίτηση Εξασφάλισης Προκαταρκτικής Έγκρισης

*Να συμπληρώνεται από τον ενδιαφερόμενο ερευνητή για εξασφάλιση άδειας (****δύο φάσεων****) με σκοπό την διεξαγωγή επεμβατικής μελέτης, χρηματοδοτούμενης μελέτης, ή μελέτης με κόστος για τον ΟΚΥπΥ.*

**ΜΕΡΟΣ A: ΤΟ ΕΡΓΟ**

|  |
| --- |
| **Α.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ** |
| Τίτλος Ερευνητικής Πρότασης |  |
| Ακρωνύμιο (εάν υπάρχει) |  |
| Συντονιστικός Οργανισμός ή Ακαδημαϊκό Ίδρυμα  |  |
| Συντονιστής/τρια ή Υπεύθυνος/η Έργου* Όνομα
* Τίτλος / Θέση
* Τηλέφωνο
* Ηλεκτρονική Διεύθυνση
 |  |
| Ερευνητής/τρια ΟΚΥπΥ ή Φοιτητής/τρια (Αιτητής/Αιτήτρια)* Όνομα
* Επάγγελμα και εργοδότης
* Τηλέφωνο
* Ηλεκτρονική Διεύθυνση
 |  |

|  |
| --- |
| **Α.2 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΡΓΟΥ** |
| Οργανισμός Παροχής της Χρηματοδότησης και Πρόσκληση |  |
| Τίτλος Πτυχίου (φοιτητή) |  |
| Είδος Έρευνας (αναδρομική μελέτη, μελέτη παρατήρησης, μη παρεμβατική μελέτη, τυχαιοποιημένη / ελεγχόμενη μελέτη, τυφλή / διπλά τυφλή μελέτη, διαγνωστική/προγνωστική μελέτη, κ.α) |  |
| Τύπος εθελοντών (ασθενείς, προσωπικό, άλλοι) |  |
| Αναμενόμενος Αριθμός εθελοντών: (ελάχιστος-μέγιστος) |  |
| Διάρκεια Έρευνας  |  |
| Αναμενόμενη ημερομηνία έναρξης έρευνας | Click or tap to enter a date. |

|  |
| --- |
| **Α.3 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ** |
| *Καταγράψετε εδώ το ερευνητικό θέμα, την προστιθέμενη αξία και οφέλη που προκύπτουν από την μελέτη για τον ερευνητή, την προστιθέμενη αξία και οφέλη που προκύπτουν για τον ΟΚΥπΥ, εφαρμοστέα μεθοδολογία (συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων (μέχρι 800 λέξεις).* |

|  |
| --- |
| **Α.4 ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ** |
| Καταγράψετε λέξεις-κλειδιά τα οποία να περιγράφουν την έρευνα σας. |  |

**ΜΕΡΟΣ B: ΕΜΠΛΟΚΗ ΟΚΥπΥ**

|  |
| --- |
| **Β.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΟΚΥπΥ** |
| Διεύθυνση ΟΚΥπΥ στην οποία θα διεξαχθεί η έρευνα | Choose an item. |
| Νοσηλευτήριο / Τμήμα ΟΚΥπΥ στο οποίο θα διεξαχθεί η έρευνα |  |
| Υπεύθυνο άτομο στον ΟΚΥπΥ* Όνομα
* Τηλέφωνο
* Ηλεκτρονική Διεύθυνση
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Β2. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΣΕΙ Ο ΟΚΥπΥ** | **ΚΑΤΑΓΡΑΨΕΤΕ ΤΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ** |
| Πρόσβαση στα αρχεία ασθενών: * Τι είδους δεδομένα;
* Πόσοι περίπου ασθενείς;
* Άλλο (διευκρινίστε)
 |  |
| Πρόσβαση σε ασθενείς:* Πόσοι ασθενείς;
* Τί χρειάζεστε από τους ασθενείς;
* Έντυπο Συγκατάθεσης (αριθμός σελίδων)
* Συμπλήρωση ερωτηματολογίου (αριθμός ερωτήσεων)
* Συμμετοχή σε δραστηριότητες (σύντομη περιγραφή)
* Άλλο (διευκρινίστε)
 |  |
| Εμπλοκή απο προσωπικό: * Για σχεδιασμό έρευνας, ανάλυση και διάχυση αποτελεσμάτων
* Για υποστήριξη στην εργασία με τους ασθενείς
* Για τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων
* Άλλο (διευκρινίστε)
 |  |
| Απαιτούμενοι χώροι:* Γραφείο, εργαστήριο, αίθουσες συσκέψεων ή εκπαίδευσης (σύντομη περιγραφή)
* Συχνότητα χρήσης
 |  |
| Εργαστηριακές εξετάσεις και αναλώσιμα (Απαιτούμενο Είδος και αριθμός) |  |
| Άλλο (διευκρινίστε) |  |

**ΜΕΡΟΣ Γ: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ**

|  |
| --- |
| **Γ.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΡΓΟΥ** |
| Χρηματοδότηση για τον ΟΚΥπΥ | €  |
| Συνολική Χρηματοδότηση Έργου | €  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Γ.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟϔΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ (ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ)** | **ΣΥΝΟΛΟ** |
| ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΓιατροίΝοσοκόμεςΜηχανικοίΕπιστήμονεςITΔιοικητικό προσωπικόΆλλο… | Ανθρωπομήνες |  |  |
| ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ \*\* | Ποσότητα | **Τιμή μονάδας** |  |
| ΝΕΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ | Ποσότητα | **Τιμή μονάδας** |  |
| ΕΡΓΑΣΤΙΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ, ΧΡΗΣΗ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ, ΑΛΛΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ \*\* | Ποσότητα |  |  |
| ΥΠΕΡΚΕΦΑΛΙΚΑ |  |  |  |
| ΣΥΝΟΛΟ  |  |  |  |

*\*\* Τί χρειάζεται πέραν από τα κανονικά πρωτόκολλα θεραπείας / δεν επιστρέφεται από το ΓεΣΥ.*

**ΜΕΡΟΣ Δ: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΝΤΥΠΑ**

[ ]  Έγγραφα ή πρότυπα των εγγράφων που απαιτούν υπογραφή του Οργανισμού ως νομική οντότητα (π.χ. σύμβαση, συμφωνητικό δικτύου συνεργασίας).

[ ]  Ερευνητικό πρωτόκολλο.

**ΜΕΡΟΣ Ε: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Εγώ, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος ερευνητής, δηλώνω υπεύθυνα και αποδέχομαι ότι:

1. Σε περίπτωση που η ερευνητική μου πρόταση λάβει Προκαταρκτική Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας, προτίθεμαι να ζητήσω Τελική Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας από τον ΟΚΥπΥ πριν ξεκινήσω την έρευνα μου.
2. Αναλαμβάνω την ευθύνη υλοποίησης του ερευνητικού έργου στο σύνολο του τηρώντας όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις υπό τις οποίες θα διεξαχθεί το έργο (χρηματοδότηση, βιοηθική, διαδικασίες ΟΚΥπΥ, πρόνοιες περί δημοσίων συμβάσεων, συμφωνίες κοινοπραξίας).

 Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Αιτητή Ημερομηνία

 …………………………………………..…. Click or tap to enter a date.

 ………………………………………………

**ΜΕΡΟΣ ΣΤ: ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Προϊστάμενος Τμήματος**Επιβεβαιώνω ότι έχω τύχει πλήρους και δέουσας ενημέρωσης από τον ερευνητή και δηλώνω ότι η παρούσα έρευνα μπορεί να εφαρμοστεί και διεξαχθεί στην κλινική / τμήμα της οποίας προΐσταμαι.Σχόλια:  | ΗμερομηνίαClick or tap to enter a date. |
| ΟνοματεπώνυμοΥπογραφή |

|  |  |
| --- | --- |
| **Επιστημονικός / Ιατρικός Διευθυντής Νοσηλευτηρίου**Συγκατατίθεμαι [ ]  / Δεν Συγκατατίθεμαι [ ]  στην διεξαγωγή της έρευνας.Σχόλια: | ΗμερομηνίαClick or tap to enter a date. |
| ΟνοματεπώνυμοΥπογραφή |

|  |  |
| --- | --- |
| **Εκτελεστικός Διευθυντής Διεύθυνσης**Συγκατατίθεμαι [ ]  / Δεν Συγκατατίθεμαι [ ]  στην διεξαγωγή της έρευνας.Σχόλια: | ΗμερομηνίαClick or tap to enter a date. |
| ΟνοματεπώνυμοΥπογραφή |

*Για έλεγχο και αποστολή της άδειας διεξαγωγής έρευνας η συμπληρωμένη αίτηση να υποβάλλεται ηλεκτρονικά στην διεύθυνση* *research@shso.org.cy* *του Γραφείου Έρευνας & Καινοτομίας του ΟΚΥπΥ, μαζί με όλα τα απαιτούμενα έντυπα και άδειες.*