

התקשרות עם גורם חיצוני לביצוע מחקר**נתונים לצורך הכנת חוזה מחקר**

לכל מחקר המתבצע במרכז הרפואי שיבא עבור גורם חיצוני ו/או בשיתוף גורם חיצוני ו/או במימון גורם חיצוני, יש לערוך חוזה בין קרן המחקרים של במרכז הרפואי שיבא לבין הגורם החיצוני. לצורך הכנת החוזה נא להכין ולצרף את המסמכים הבאים:

הגורם החיצוני והמחקר המבוקש [סמן ב X את האפשרות המתאימה] אפשר לסמן יותר מגורם אחד:

המחקר המבוקש הוא (שם המחקר):	הגורם החיצוני הוא (שם הגורם):
☐ מענק מחקר	☐ שם הקרן [שם נותן המענק]
☐ יוזמת חוקר	☐ מוסד אקדמי [שם המוסד]
☐ במימון גורם חיצוני	☐ מכון מחקר [שם המכון]
☐ יוזמת חוקר	☐ בית חולים [שם המוסד]
☐	☐ אחר: פרט

המחקר המבוקש הוא [סמן ב X את האפשרות המתאימה]:

☐ ניסוי מעבדה בתוצרים אנושיים	☐ ניסוי בבני אדם
☐ ניסוי מעבדה בתוצרים של בע"ח	☐ *יש לרשום באתר ה NIH
☐ ניסוי מעבדה אחר, פרט:	
☐ אחר, פרט:	

מחקר המבוקש הוא [סמן ב X את האפשרות המתאימה] אפשר לסמן יותר מגורם אחד:

☐ ניסוי בתרופה	☐ ניסוי במכשיר רפואי
☐ מחקר רב מרכזי	☐ ניסוי אחר, פרט:

- מספר אישור הלסינקי, במידה וקיים: _____
- **זיקה למחקר:** - החוקר הראשי מצהיר כי **יש/ אין** (הקף בעיגול) [זיקה למחקר: זיקה פירושו קשר מסחרי או עסקי, קשר משפחתי או אישי, או כל קשר אחר שיש בו כדי לעורר חשש של ניגוד עניינים ו/או תלות. אם יש – פרט _____]
- **רישום במאגר ה NIH:** - החוקר הראשי [יוזם המחקר] ירשום את המחקר במאגר _____

☐ נרשם [מספר רישום] _____	☐ לא נרשם פרט _____
---	---

יש לצרף את החומר הבא:

1. אישור ועדה אתית מוסדית בהתאם למחקר (לניסויים בבעלי חיים) ו/או (ועדת הלסינקי לניסויים בבני אדם). פרטים וטפסים אצל הגב' גיטה ויבר טלפון: 3810 Gita.Veiber@sheba.health.gov.il
2. פרטים מלאים של החברה/ מוסד/ מכון מחקר ואנשי קשר של החברה.
3. פרטים מלאים של החוקר הראשי, והחוקרים הנוספים.
4. דף תקציב כמפורט בעמוד 2 של טופס זה. **הוצאות מקרן המחקר יאושרו רק לפי דף תקציב.** התקציב יישמש את הקרן לאישור הוצאות, כספיות (נא לפרט כל תמורה אחרת במידה וישנה, כגון נסיעות וכו')
5. **במחקרים בהם נדרשים שירותי הדמיה ו/או פתולוגיה, יש להעביר את התקציב לאישורו של מנהל הדימות ו/או מנהל הפתולוגיה.**

חתימות ואישורים:

א. חוקר ראשי:	ב. מנהל המחלקה (בה יתבצע במחקר)
שם: _____	שם: _____
חתימה: _____	חתימה: _____
תאריך: _____	תאריך: _____

יש להחזיר לידי איב קרת בפקס 5944 או במייל – חתום אלקטרונית
eve.keret@sheba.health.gov.il

תקציב לניהול מחקר / תקציב לתקופת ההסכם לציין מטבע :**מספר אישור הליסינקי****שם המוסד [הגורם המממן]**

סעיף התקציב [ללא תקציב דימות]	פירוט
1	כוח אדם ¹ [סה"כ]
2	נסיעות [עד 15% מהתקציב]
3	ציוד קבוע [מחשוב, ציוד רפואי וכד']
4	ציוד מתכלה, חומרים, תרופות
5	שונות ²
6	שירותים פנימיים - בדיקות מעבדה ³
7	שירותים פנימיים – בית מרקחת
	סה"כ
	תקורה [15%]
	סה"כ כולל תקורה

שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא.	כוח אדם – פרט זמן העסקה
	ואחוז משרה
	סה"כ

	שונות ²
	שירותי משרד ותקשורת
	ציוד משרדי
	כיבוד
	החזרי נסיעות לחולים
	שירותי מעבדה ובדיקות חיצוניות
	אחר
	סה"כ

	שירותים פנימיים - בדיקות מעבדה ³
	*יש לפרט את כל הבדיקות הנדרשות לביצוע במעבדות מרכז רפואי שיבא, לפי המחירים
	בדיקות מעבדה
	חדר ניתוח
	אחר
	סה"כ

1	סה"כ התקציב [ללא תקציב דימות ו/או פתולוגיה]
2	* סה"כ תקציב דימות
	** סה"כ תקציב פתולוגיה
3	סה"כ תקציב (כולל תקורה)

חתימה: _____ חוקר ראשי: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

חתימה: _____ מנהל מכון דימות: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

	*תקציב מחקר - דימות
	אחר - כללי
	השתלמויות ונסיעות לחו"ל
	הצטיידות
	תשלום בגין שימוש בציוד בית חולים
	סה"כ
	תקורה [15%]
	סה"כ כולל תקורה: מחלקת דימות

בסיס לתמחור:

מס' בדיקות MRI X _____	מס' בדיקות US X _____	מס' בדיקות CT X _____
------------------------	-----------------------	-----------------------

הערה: העברת הכספים למחלקת דימות תאושר עפ"י ביצוע העבודה בפועל ובאישור החוקר הראשי

	**תקציב מחקר - פתולוגיה
	אחר - כללי
	השתלמויות ונסיעות לחו"ל
	הצטיידות
	תשלום בגין שימוש בציוד בית חולים
	סה"כ
	תקורה [15%]
	סה"כ כולל תקורה: מחלקת פתולוגיה