**REGISTRO IBÉRICO - Estudio ReLoCC** – Parte 1

**Nombre IPL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID Local** (Centro / Hospital): **ES - \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

**PARTE 1: Descripción de las responsabilidades y el personal del Investigador Principal Local**

Este documento debe estar firmado por todo el equipo local, que está directamente involucrado en la evaluación de los pacientes que participan en el **estudio ReLoCC**, como: recogida / registro de datos en una base de datos online, así como su tratamiento. Este documento debe actualizarse si hay algún cambio en el equipo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Función\*:** | **Responsabilidad** | **Firma** |
|
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

(\*) Función: IPL = Investigador Principal Local, SI = Subinvestigador, DM – *Data Manager*; O = otro: para especificar

(\*\*) Responsabilidad: RD = registro de datos del paciente; CI = revisión de los criterios de inclusión y exclusión y aplicación del consentimiento informado; Td - todas las acciones relacionadas con el estudio; QV = aplicación de prueba de QV; DM *– Data Manager*/ procesamiento de datos; O = otro: para especificar

Después de llenar envíe a: diana.goncalves@chsj.min-saude.pt

**REGISTO IBÉRICO - Estudio ReLoCC** – Parte 2

**Nombre IPL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID Local** (Centro / Hospital): **ES - \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_**

**PARTE 2: Identificación de los elementos del equipo local y contacto**

Complete con los datos de los miembros del equipo, a quienes se les asignaron responsabilidades directas en el estudio: RD, QV, Td, DM (ver tabla anterior).

Esta información es fundamental para crear una contraseña para acceder al registro online, dependiendo de las tareas delegadas. Solo los miembros del equipo de esta lista recibirán contraseñas de acceso. El nombre de usuario y la contraseña que se le asignará son personales, intransferibles y confidenciales.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | **E-mail:** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

Después de llenar envíe a: diana.goncalves@chsj.min-saude.pt