**Número do estudo no GPPG**

**Título da pesquisa**

**Pesquisadores responsáveis email e telefone para contato.**

**1-**

**2-**

**3-**

**Previsão da data de início:                     Término:**

**Quantos pacientes previstos (N do estudo):**

**Frequência de realização do estudo no mesmo paciente e temporalidade (ex: 3/3 meses…)**

**Número total de exames previstos.**

**Exames de imagem realizado (assinale e especifique quais os códigos de exames serão solicitados para cumprir com a pesquisa), ex: (X) Ultrassom - ultrassom cervical.**

**(   )RX**

**(   )Ultrassom**

**(   )Tomografia**

**(    ) Ressonância**

**(   ) densitometria**

**(   ) punção/biópsia**

**Paciente participante da pesquisa é de unidade:**

**(   )ambulatorial**

**(   )internado**

**(   ) urgência**

**CD com as imagens  ( ) sim ( ) não**

**quantos?**

**Precisa remover/alterar a identificação do paciente no CD?**

* **SOMENTE PARA RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA**

**Protocolo do estudo pré-definido (sequências de RM previstas, aquisições específicas)?**

**Estimativa de tempo de exame ou uso de sala - se RM (pode ser preenchido pela física médica após definir protocolo)**

**Equipamentos necessários para pesquisa? especificações do patrocinador?**

**Há a necessidade de teste com voluntário e simulador de imagem?**

**Necessidade de procedimentos adicionais (anestesia, realização de outros procedimentos em sala de exame)?**

**Onde será feita a recuperação do paciente se anestesia?**

**Paciente necessita acompanhamento de outra área durante o exame (ex: radioterapia)**

**Necessidade de pós-processamento das imagens (cálculo de volume de órgãos, reconstruções específicas, etc.)?**

**(   ) não**

**(   ) sim. Qual?**

**Necessidade de laudo (  ) sim ( )não**

**Laudo padrão/usual (@)**

**(    ) sim**

**(   ) laudo estruturado, com dados específicos para a pesquisa.**

**Necessidade de treinamento de radiologista? quantos? (@)**

**Necessidade de treinamento de técnico de radiologia? quantos?**

* **SOMENTE PARA BIÓPSIA**

**Necessidade de procedimentos adicionais (anestesia, realização de outros procedimentos em sala de exame)?**

**Onde será feita a recuperação do paciente se anestesia?**

**Qual a orientação sobre o encaminhamento do material?**

* **SOMENTE PARA ULTRASSOM**

**Necessidade de examinador específico? (@)**

**Necessidade de treinamento de radiologista? quantos? (@)**

**Necessidade de aparelho/transdutor específico para exame? (@)**

**Necessidade de turno específico para realização do exame ? (@)**

**Necessidade de laudo (  ) sim ( )não**

**Laudo padrão/usual (@)**

**(    ) sim**

**(   ) laudo estruturado, com dados específicos para a pesquisa.**

* **SOMENTE PARA RX (DENSITOMETRIA)**

**Necessidade de treinamento de técnico de radiologia? quantos?**

**Necessidade de laudo (  ) sim ( )não**

**Laudo padrão/usual (@)**

**(    ) sim**

**(   ) laudo estruturado, com dados específicos para a pesquisa.**

Se surgirem dúvidas ao preencher o questionário, a radiologia poderá auxiliar, em questões assinaladas com (\*) marque uma consultoria com o físico médico (Maurício) e nas questões assinaladas com (@) marque consultoria com radiologista responsável pela pesquisa (Aline). Nas demais questões ligue para o ramal abaixo indicado para auxilio.

As consultorias serão marcadas no ramal 8327 e 8325 com Rhaada ou Geovana.