

**Szanowni Państwo,**

Firma **Quintiles Poland Sp. z o.o.**, zajmująca się prowadzeniem badań klinicznych, poszukuje obecnie nowych ośrodków chętnych do współpracy. Jeżeli są Państwo zainteresowani współpracą z Quintiles, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety i odesłanie jej na adres podany na końcu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Quintiles Poland Sp. z o.o. z siedzibą ul. Gottlieba Daimera 1, 02-460 Warszawa w zbiorze komputerowym dla celów dokumentacji badań klinicznych leków zgodnie z wymogami krajowych, zagranicznych i międzynarodowych organów / organizacji zajmujących się rejestracją leków oraz tworzenia bazy potencjalnych badaczy dla nowych projektów naukowych.

Potwierdzam także, że ww. spółka otrzymała moje dane osobowe bezpośrednio ode mnie.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych za granicę w wyżej wymienionych celach.

.....  
**Data i podpis**

**Informacje Ogólne:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Tytuł: \_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_

Instytucja (dokładna oficjalna nazwa i adres): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Informacje dotyczące Pana/Pani doświadczenia i kwalifikacji oraz wyposażenia Ośrodka:**

**1. Specjalizacja :** \_\_\_\_\_

Obszar szczególnego zainteresowania/doświadczenia w ramach specjalizacji (wskazania terapeutyczne):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Czy obecnie uczestniczy Pan/Pani, lub uczestniczył(-a) w przeszłości, w badaniu klinicznym (nowego produktu leczniczego: fazy 1-3) prowadzonym w/g standardów GCP?**

Obecnie:

Tak       Nie

W przeszłości:

Tak       Nie

Jeżeli Tak, proszę podać liczbę badań i wskazania, których one dotyczyły/dotyczą z zaznaczeniem, kiedy były prowadzone:

### 3. Czy ma Pan/Pani możliwość korzystania z poniższego sprzętu podczas prowadzenia badania klinicznego?

	Tak, jest stałym wyposażeniem Ośrodka	Tak, może być użyczony na potrzeby badania klinicznego	Nie, obecnie nie ma możliwości korzystania
Komputer ze stałym łączem internetowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linia telefoniczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faks (papier nietermiczny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirówka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirówka z możliwością chłodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chłodziarka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamrażarka -20°C (bez automatycznego rozmrażania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamrażarka -70°C (bez automatycznego rozmrażania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echokardiograf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RTG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammograf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne specjalistyczne RTG jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomograf komputerowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezonans magnetyczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabinet zabiegowy (możliwość pobrania materiału biologicznego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość wykonania badań cytologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość wykonania badań histopatologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość wykonania badań mikrobiologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomieszczenie do przechowywania leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomieszczenie do pracy monitora badania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pomieszczenie do przechowywania dokumentacji badania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprzęt specjalistyczny (proszę wymienić):			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4. Opieka prowadzona w Państwa Ośrodku ma charakter:**

- Wyłącznie ambulatoryjny
- Ambulatoryjny z możliwością noclegu pacjentów
- Odział opieki dziennej
- Szpitalny z dostępem do łóżek dla pacjentów w badaniu

**5. Ośrodek jest czynny i dostępny dla pacjentów i monitorów badań klinicznych:**

- Całodobowo 7 dni w tygodniu
- We wszystkie dni robocze w godzinach:.....
- W wybrane dni tygodnia :  
jakie.....  
w godzinach.....

**6. Czy Pana/Pani znajomość języka angielskiego byłaby wystarczająca do zrozumienia wytycznych, instrukcji dotyczących prowadzenia badania oraz wypełniania dokumentacji badania.**

Tak       Nie

**7. Proszę podać szacunkową liczbę pacjentów zarejestrowanych w miejscu Pana/Pani praktyki lekarskiej:**

**8. Czy Państwa Ośrodek ma określony profil specjalistyczny? Jeśli tak – proszę określić poniżej, jaki (specjalności/wskazania):**

.....

.....

**9. Proszę określić, z jakimi schorzeniami najczęściej trafiają pacjenci do Państwa Ośrodka**

Schorzenie (w/g najczęściej leczonych schorzeń)	Liczba pacjentów w skali roku

**10. Proszę określić, które z poniższych szkoleń zainteresowałyby Pana/Panią:**

- Zasady Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP) - minimum niezbędne do prowadzenia badania klinicznego.
- Przepisy prawa polskiego dotyczące prowadzenia badań klinicznych.
- Zasady prowadzenia badań klinicznych i organizacji ośrodka badawczego
- Zasady prowadzenia dokumentacji badania klinicznego

**11. Czy może Pan/Pani polecić jakiegoś innego lekarza, który byłby zainteresowany udziałem w badaniach klinicznych?**

Tak       Nie

Jeśli Tak, proszę o podanie następujących informacji:

Imię i nazwisko

zainteresowanej osoby: \_\_\_\_\_

Tytuł: \_\_\_\_\_

Instytucja: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Rodzaj praktyki: \_\_\_\_\_

**Bardzo Dziękujemy za wypełnienie powyższej ankiety!  
Dziękujemy za poświęcony czas i zainteresowanie!**

**Prosimy o przesłanie wypełnionej ankiety pod adres:**

**Quintiles Poland Sp. z o.o.  
ul. Gottlieba Daimlera 1  
02-460 Warszawa**

**Jeżeli mają Państwo jakiegokolwiek pytania, prosimy o kontakt:**

**e-mail: [badacze.kontakt@quintiles.com](mailto:badacze.kontakt@quintiles.com)**

**tel.: +48 22 43 03 100**

**fax: +48 22 43 03 200**