# DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI UN’**INDAGINE CLINICA CON DISPOSITIVI MEDICI NON RECANTI LA MARCATURA CE PER LA DESTINAZIONE D’USO PREVISTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documenti richiesti** | **Obbligatorio** | **Modulistica CET** | **Check** |
| ***Informazioni generali*** |  |  |  |
| Lettera di trasmissione che riporti l’elenco dei documenti a supporto della domanda su modello del CET | SI | SI |  |
| Se il richiedente non è il promotore, delega del promotore che autorizza a presentare la domanda in sua vece | SI |  |  |
| Modulo di domanda di indagine clinica su modello del MdS | SI |  |  |
| Descrizione delle disposizioni volte ad assicurare la conformità alle norme applicabili in materia di tutela e riservatezza dei dati personali | SI |  |  |
| ***Informazioni relative al protocollo*** |  |  |  |
| Piano di indagine clinica o protocollo di studio completo di data e numero di versione | SI |  |  |
| Sinossi dell’indagine clinica in lingua italiana completo di data e numero di versione | SI |  |  |
| Scheda della raccolta dati (CRF) |  |  |  |
| ***Informazioni relative al prodotto in studio*** |  |  |  |
| Dossier per lo sperimentatore comprensivo di   * Elenco dei requisiti generali di sicurezza e di prestazione e standard applicabili * Sintesi analisi dei rischi, dei benefici e della gestione del rischio * Istruzioni o Scheda tecnica del fabbricante * Esempi di etichetta in italiano * Istruzioni d’uso in italiano | SI |  |  |
| Dichiarazione firmata dalla persona responsabile della fabbricazione del dispositivo oggetto dell'indagine, specificante che il dispositivo in questione rispetta i requisiti generali di sicurezza e prestazione | SI |  |  |
| ***Informazioni finanziarie e assicurative*** |  |  |  |
| Certificato assicurativo valido o polizza assicurativa integrale | SI |  |  |
| Dichiarazione per l’accertamento della natura indipendente dello studio e copia dell’eventuale contratto tra Promotore e Finanziatore (solo per sperimentazioni *no-profit*) | SI\* |  |  |
| Ricevuta del versamento della quota delle spese di istruttoria di 6000€ (solo per sperimentazioni *for-profit*) | SI\* |  |  |
| Bozza di convenzione economica su modulistica del Centro di Coordinamento dei CE (*se applicabile*) | SI\* |  |  |
| ***Informazioni relative a strutture e personale*** |  |  |  |
| Elenco centri per cui viene richiesto il parere con nominativi sperimentatori responsabili e specifica del numero di pazienti da arruolare presso ogni centro completo di data e numero di versione | SI |  |  |
| CURRICULUM VITAE del PI su modulistica del Centro di Coordinamento dei CE di ogni centro coinvolto | SI |  |  |
| Dichiarazione dello Sperimentatore sul conflitto d’interesse su modulistica del Centro di Coordinamento dei CE di ogni centro coinvolto | SI |  |  |
| Modulo di idoneità della struttura sanitaria su modulistica proposta dal Centro di Coordinamento dei CE presso AIFA adattato alla tipologia di studio | SI |  |  |
| ***Informazioni relative ai soggetti*** |  |  |  |
| Foglio informativo e modulo di consenso informato completi di data e numero di versione | SI |  |  |
| Modulo per il consenso al trattamento dei dati personali completo di data e numero di versione | SI |  |  |
| Lettera per medico di medicina generale completa di data e numero di versione |  |  |  |
| Materiale per i pazienti: specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

*\*se applicabile*