# Klinická hodnocení

# Klinika Zobrazovacích Metod

## Název studie (vyplňuje zadavatel):

Číslo protokolu (vyplňuje zadavatel):

Zadavatel (vyplňuje zadavatel):

## Popis studie (vyplňuje zadavatel):

## Interní označení studie (“ KHL-XXX-YYYY“) (vyplňuje FNM):

## Jméno hlavního zkoušejícího (vyplňuje zadavatel):

Klinika (vyplňuje zadavatel):

## Doba trvání studie / doba trvání náběru subjektů (vyplňuje zadavatel):

Od:       Do:

## Minimální a maximální počet subjektů zařazených do studie (vyplňuje zadavatel):

Min:       Max:

## Předpokládaná četnost vyšetření vztažená na jeden subjekt (vyplňuje zadavatel):

vyšetření na jednoho pacienta v rámci studie

Poznámka (harmonogram vyšetření apod.):

## Požadavky na vyhodnocení, metodika vyšetření, ostatní informace (vyplňuje zadavatel):

## Ekonomická kalkulace požadovaných výkonů (ceny nezahrnují odměny radiologům ani dalším pracovníkům KZM, ani manipulaci s daty, vyplňuje zadavatel):

|  |  |
| --- | --- |
| **Požadovaný výkon** | **Navrhovaná cena v Kč** |
| CT mozek bez / s k.l. | /       Kč |
| CT krk bez / s k.l. | /       Kč |
| CT hrudník bez / s k.l. | /       Kč |
| CT břicho bez / s k.l. | /       Kč |
| CT pánev bez / s k.l. | /       Kč |
| CT hrudník + břicho + pánev bez / s k.l. | /       Kč |
| HRCT (bez k.l.) | Kč |
| CT celotělový sken (s k.l.) | Kč |
| MR mozek bez / s k.l. | /       Kč |
| MR 1 úsek páteře (C nebo TH nebo LS) bez / s k.l. | /       Kč |
| MR klouby (kromě kyčelních) bez / s k.l. | /       Kč |
| MR obličej a krk bez / s k.l. | /       Kč |
| MR hrudník bez / s k.l. | /       Kč |
| MR břicho bez / s k.l. | /       Kč |
| MR pánev bez / s k.l. | /       Kč |
| MR hrudník + břicho + pánev bez / s k.l. | /       Kč |
| MR angiografie (bez k.l.) | Kč |
| MR srdce NEBO velké cévy hrudníku (s k.l.) | Kč |
| RTG oblast: | Kč |
| UZ oblast: | Kč |
| jiné: | Kč |
| jiné: | Kč |
| jiné: | Kč |
| jiné: | Kč |
| jiné: | Kč |

## Doplňující informace (vyplňuje zadavatel/FNM):

## Separátní smlouva s radiologem – ANO (podmínka nutná):

## ANO NE

## Navrhovaná odměna radiologovi za jedno provedené vyšetření (pouze vyšetření, která jsou žádána, vyplňuje zadavatel):

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyšetření** | **Navrhovaná odměna v Kč** |
| 1x CT vyšetření | Kč |
| 1x MR vyšetření | Kč |
| 1x RTG vyšetření | Kč |
| 1x UZ vyšetření | Kč |
| 1x | Kč |

## Kontakt na zodpovědnou osobu zadavatele pro schvalování fakturace za radiologické služby (vyplňuje zadavatel):

**Jméno:**

**e-mail:**

**tel.:**

## KZM se studií souhlasí, přednosta KZM určuje odpovědného radiologa (vyplňuje Klinika zobrazovacích metod FN v Motole):

**Jméno:**

**e-mail:**

**tel.:**

V případě druhého či náhradního radiologa:

**Jméno:**

**e-mail:**

**tel.:**