Opgavefordelings- og signaturliste

**Protokol: Agents Intervening against Delirium in the Intensive Care Unit (AID-ICU) trial**

**Site: INDSÆT NAVN PÅ AFDELING OG/ELLER SYGEHUS**

**Investigator: INDSÆT NAVN**

**Koder til beskrivelse af forsøgsspecifikke opgaver i forsøget:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | **Screene patienter herunder vurdere in- og eksklusionskriterier og gennemføre randomisering.** | **G** | **Rapportere SAR og SUSAR til sponsor** |
| **B** | **Informere og indhente samtykke fra forsøgsværger** | **H** | **Ordinere forsøgsmedicin i afdelingens medicinmodul/efter afdelingens procedure** |
| **C** | **Informere og indhente samtykke fra pårørende, egen læge og patienten selv** | **I** | **Modtage forsøgsmedicin** |
| **D** | **Indtaste og rette data i eCRF** | **J** | **Destruere forsøgsmedicin** |
| **E** | **Identificere hændelser og bivirkninger (SAR/SUSAR)** | **K** | **Undervise personale** |
| **F** | **Vurdere hændelser og bivirkninger (SAR/SUSAR) for eventuel kausalitet med forsøgsmedicin** |  |  |

**Jeg INDSÆT TITEL OG NAVN uddelegerer følgende opgaver til nedenstående personer. Jeg erklærer endvidere ved underskrift, at nedenstående personer er informeret om forsøgsprotokollen og oplært i relevante forsøgsspecifikke opgaver:**

| **Projektdeltagere** | **Opgaver i forsøg**  **(*Anfør koder*)** | ***Projektdeltagers signatur samt dato for accept af de delegerede opgaver*** | ***Investigators signatur samt dato for uddelegering*** | **Involveret i forsøget fra (*dato)*** | **Involveret i forsøget til (*dato)*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |
| Navn:  Titel: |  |  |  |  |  |

Investigators signatur ved forsøgets afslutning:

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_