**VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”**

**Zinātniskā institūta direktoram**

**Addressee: “Pauls Stradins Clinical University Hospital”**

**Director of Researh Institute**

# IESNIEGUMS AKADĒMISKĀ PĒTĪJUMA ATĻAUJAS SAŅEMŠANAI /

*APPLICATION FOR AUTHORIZATION OF ACADEMIC RESEARCH (THESIS) IN HOSPITAL*

***\_\_\_\_/ \_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_***

*DD MM YYYY*

**IESNIEGUMA IESNIEDZĒJS / PĒTĪJUMA AUTORS VAI AUTORU KOLEKTĪVA VADĪTĀJS**

*APPLICANT/AUTHOR OR HEAD OF AUTHOR’S GROUP*

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds **/** *Applicant name surname* |   |
| Tālr. Nr. / *phone No.*  |   | *e-pasts/e-mail*  |  |
| *Izglītības iestādes nosaukums / University RSU or LU \** |   |
| Studiju programma / Study programme \* |   |

**PĒTĪJUMA ZINĀTNISKAIS VADĪTĀJS\* /** *Research/Thesis supervisor*

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds/*name surname* |   |
| Izglītības iestādes nosaukums, amats / *University: RSU or LU*  |   |
| Zinātniskā vadītāja paraksts, datums / *supervisor signature and date*  |   |

**PĒTĪJUMA NOSAUKUMS /**  *THE TITLE OF THESIS*

|  |
| --- |
|    |

**PĒTĪJUMA NORISES VIETA /** *THE UNIT OF HOSPITAL WHERE RESEARCH WILL TAKE PLACE*

|  |  |
| --- | --- |
| Klīnika/centrs/nodaļa *CLINIC/CENTRE/UNIT* |   |
| Klīnikas/centra/nodaļas vadītāja saskaņojums par pētījuma veikšanu *HEAD OF CLINIC/CENTRE/UNIT* |   |
| Slimnīcas darbinieks- galvotājs\*\* paraksts, datums / *guarantor\*\* – employee of Hospital* |   |

**NORISES LAIKS/** *PERIOD OF TIME OF RESEARCH*

|  |  |
| --- | --- |
| Pētījuma norises laiks, norādot sākuma un beigu datumu *PERIOD OF TIME OF RESEARCH / start and end date*  |  |
|  |

***IZMANTOJAMĀS PACIENTU SLIMĪBAS VĒSTURES /*** *MEDICAL RECORDS TO BE USED*

|  |
| --- |
| *Pētījumā paredzēts izmantot/ NUMBER OF MEDICAL RECORDS PLANNED TO BE REVIEWED* *≤ 100 □ ≥ 100\*\*\* □* |

***Slimības vēsturu diagnožu kodi (SSK-10) vai Slimības vēsturu numuri ja zināmi / ICD-10 codes and/or No. of medical records if known***

|  |
| --- |
| *ICD-10*  |

\* Šo sadaļu aizpilda studenti, maģistranti un doktoranti / to be filled by students, graduate students, doctoral students

\*\* ja iesnieguma iesniedzējs pats vai zinātniskā darba vadītājs nav Slimnīcas darbinieks, nepieciešams galvotājs (Slimnīcas darbinieks, ārstniecības persona, kura ir atbildīga par pētniecības norisi un juridiskajām sekām)/ if applicant and/or supervisor is not employee of Hospital application has to be signed by guarantor – employee of Hospital

*\*\*\* ja paredzēts izmantot vairāk kā 100 Slimības vēstures, iesniegumam nepieciešams pievienot rakstisku pamatojumu brīvā formā/ if there is planned to use more than 100 medical records please submit written rationale.*

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

 *Datums/Date* Iesniedzēja vārds, uzvārds, paraksts/ Applicant name Surname and signature

***Authorization of Hospital***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Datums/ Date Zinātniskā. institūta kompetentā darbinieka paraksts un atšifrējums/ On behalf of Hospital’s Research Institute, postition, name surname, signature*