

REGIONE \_\_\_\_\_

INDICARE REFERENTE REGIONALE: (Nome ,Cognome,Indirizzo,tel,e-mail,ASL etc)\_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO

**Nella tua Regione si sono svolti corsi di formazione alla ricerca e sperimentazione ?**

Si                       No                       Non so

**Se si , quanti ?** (indicare il numero)

**In che anno si (è) sono svolti(o)?**

2001       2002       2003       2004       2005       2006

**Le iniziative sono state :**

Regionali       Università       Aziendali       Azienda farmaceutica

**I corsi si sono svolti insieme ai MMG ?**

Si                       No

**Nella vostra regione e nelle rispettive ASL ,vi è il Registro degli Sperimentatori?**

Si                       No

**Il Registro degli Sperimentatori viene aggiornato?**

Si                       No

**Quanti sono i Pdf-sperimentatori in tutta la regione iscritti nel Registro ?** (indicare il numero )

(allegare l'elenco dei Pdf iscritti nel Registro) (Nome ,Cognome,Indirizzo,tel,e-mail,ASL  
etc)\_\_\_\_\_

**Ci sono Pdf in attesa di essere iscritti nel Registro degli sperimentatori?**

Si                       No

**Indicare il numero di questi Pdf , “fuori dal registro” :**

(allegare l'elenco dei Pdf , fuori Registro) (Nome ,Cognome,Indirizzo,tel,e-mail,ASL  
etc)\_\_\_\_\_

**Sono stati istituiti i Comitati Etici nelle rispettive ASL ?**

Si                                       No

**Se no , per quali motivi ?** (descrivere il motivo)

**Ci sono Pdf nei C.E.?**

Si (indicarne il nome)                                       No

**Nella Regione ci sono delle iniziative di formazione alla ricerca e sperimentazione ?**

Si                                       No

**Da parte di quale Autorità ?**

**La vostra regione ha già prodotto dei lavori o delle ricerche circa la sperimentazione clinica ?**

Si

No

**Se sì, quali ? (puoi elencarli?) ( Titolo e abstract)**

**Allegare Breve Curriculum specificando Aree di Interesse**

**Proposte operative:**\_\_\_\_\_