|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Søknad om deltagelse i KVALAP -  Kvalitets- og forskningsregister i alderspsykiatri | | | | | | | |
| OUS’ saksnr. ePhorte: 2011/786. Nytt saksnr. Public 360: 18/04047. | | | | | | | |
| **Deltagelse i registeret innebærer:**   * å innhente samtykke fra pasienter og pårørende til deltagelse * å benytte samtykkeskjema utarbeidet av registersekretariatet i henhold til konsesjon fra datatilsynet * å samle og sende inn data fra utredning og behandling av eldre med psykisk sykdom i henhold til registerets prosedyrer * å følge retningslinjer utarbeidet av registerets ledelse for rekruttering av pasienter, oppbevaring og innsending av registerdata * å kunne bidra til videre utvikling av registeret gjennom deltagelse på registerseminar og i ulike arbeidsgrupper/ møter * mulighet til å søke om og benytte data fra registeret i kvalitetsutviklingsprosjekter og forskning | | | | | | | |
| **Informasjon til Personvernombudet ved OUS.** Søker bekrefter:   1. *At rekruttering til deltagelsen følger bestemmelsene i konsesjon og at samtykket som benyttes dekker utlevering til registeret.* 2. *At det ikke lagres kopi av opplysningene som utleveres utover det som ligger i journal, og at behov for dette i så fall må ha eget grunnlag i samtykke og tilråding fra eget personvernombud.* 3. *At metoden for å utlevere opplysningene vil følge anvisning fra registerleder.* 4. *At utlevering til registeret er forankret i foretakets ledelse.* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Søkende foretak**  Klikk eller trykk her for å skrive  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Sykehus/ avdeling/enhet | | | | | **Adresse:** | | |
| **Kort beskrivelse av pasientpopulasjonen ved aktuelle enhet**  Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst jkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkk k. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Kontaktperson for praktisk logistikk:**  Navn: Klikk eller trykk her for å skrive  Tlf: Klikk eller trykk her for å skrive  Mailadresse: Klikk eller trykk her for å skrive | | | | | **Faglig ansvarlig:**  Navn: Klikk eller trykk her for å skrive  Tlf: Klikk eller trykk her for å skrive  Mailadresse: Klikk eller trykk her for å skrive | | |
|  | | | | | | | |
| **Bekreftelse på at foretakets ledelse støtter deltagelse i registeret** | | | | | | | |
| Kmvkkkke |  | Klikk eller fe |  | Klikk ellerm ve | |  | Klikk eller trykk he |
| Dato |  | Underskrift |  | Tittel | |  | Foretak |

