

Formulář hlášení o klinických zkouškách
Clinical Investigation Notification Form

Příslušný úřad (Ministerstvo zdravotnictví) / Competent authority (Ministry of Health)	
4100 Kód příslušného úřadu / Code of competent authority <i>CZ/CA01</i>	
4110 Název příslušného úřadu / Name of competent authority <i>Ministerstvo zdravotnictví / Ministry of Health</i>	
4120 Kód státu / Country code <i>CZ</i>	4130 Kód kraje / Region code <i>CZ0112</i>
4140 Obec/ City <i>Praha 2</i>	4150 PSČ / Postal code <i>128 01</i>
4160 Ulice, číslo domu / Street, house number <i>Palackého náměstí 4</i>	4170 Číslo poštovní schránky / P.O. box <i>81</i>
4180 Telefon / Telephone number <i>224 972 409, 224 972 754</i>	4190 Fax / Fax number <i>224 916 002</i>
4200 E-Mail <i>far@mzcr.cz</i>	
4205 Datum registrace / Date of registration ¹⁾	4206 Registrační číslo / Registration number ²⁾
Hlášení výrobce nebo zplnomocněného zástupce Notification of manufacturer or authorized representative	
4210 <input type="checkbox"/> Výrobce / Manufacturer <input type="checkbox"/> Zplnomocněný zástupce / Authorized representative	
4215 Datum hlášení / Date of notification ¹⁾	
Výrobce / Manufacturer	
4220 Kód výrobce / Code of manufacturer ³⁾	
4230 Jméno výrobce / Name of manufacturer	
4240 Kód státu / Country code ⁴⁾	4250 Kód kraje / Region code ⁵⁾
4260 Obec/ City	4270 PSČ / Postal code
4280 Ulice, číslo domu / Street, house number	4290 Číslo poštovní schránky / P.O. box
Kontaktní místo / Contact point	
4300 Jméno odpovědné fyzické osoby / Name of physical responsible person	4310 Telefon / Telephone number
4320 Fax / Fax number	4330 E-Mail
Zplnomocněný zástupce / Authorized representative	
4340 Kód zplnomocněného zástupce / Code of authorized representative ³⁾	
4350 Jméno zplnomocněného zástupce / Name of authorized representative	
4360 Kód státu / Country code ⁴⁾	4370 Kód kraje / Region code ⁵⁾

4380	Obec / City	4390	PSČ / Postal code
4400	Ulice, číslo domu / Street, house number	4410	Číslo poštovní schránky / P.O. box
Kontaktní místo / Contact point			
4420	Jméno odpovědné fyzické osoby / Name of physical responsible person	4430	Telefon / Telephone number
4440	Fax / Fax number	4450	E-Mail
Klinické zkoušky / Clinical investigation			
4460	Jméno fyzické osoby odpovědné za klinické zkoušky / Name of physical responsible person for clinical investigation		
4470	Kód státu / Country code ⁴⁾	4480	Kód kraje / Region code ⁵⁾
4490	Obec / City	4500	PSČ / Postal code
4510	Ulice, číslo domu / Street, house number	4520	Číslo poštovní schránky / P.O. box
4530	Telefon / Telephone number	4540	Fax / Fax number
4550	E-Mail		
4560	Název příslušného poskytovatele podle § 3 písm. d) zákona o zdravotnických prostředcích, který je pověřen prováděním klinických zkoušek Name of competent provider according to § 3 letter d) Medical Devices Act. which it is notified of performing clinical investigation(s)		
4570	Kód státu / Country code ⁴⁾	4580	Kód kraje / Region code ⁵⁾
4590	Obec / City	4600	PSČ / Postal code
4610	Ulice, číslo domu / Street, house number	4620	Číslo poštovní schránky / P.O. box
4630	Telefon / Telephone number	4640	Fax / Fax number
4650	E-Mail		
4660	Jméno lékaře provádějícího klinické zkoušky (zkoušející) Name of investigation physician (medical investigator)		
4670	Plánovaný začátek klinických zkoušek / Start of investigation(s) is scheduled for ¹⁾		
4680	Plánovaná doba trvání klinických zkoušek (v měsících) / Time period scheduled for investigations (in months)		
4690	Počet zkoušených zdravotnických prostředků / Number of devices ⁶⁾		

4700	Multicentrální studie / Multicenter study	<input type="checkbox"/> Ano / Yes	<input type="checkbox"/> Ne / No
4710	Místa prováděných klinických zkoušek (zdravotnické zařízení a oddělení) ⁶⁾ Locations of tests (health establishment and department).		
Zdravotnický prostředek / Medical device			
4720	Kód skupiny zkoušeného zdravotnického prostředku podle UMDNS nebo GMDN ⁷⁾ UMDNS or GMDN code of medical device to be tested		
4730	Název skupiny zkoušeného zdravotnického prostředku podle UMDNS nebo GMDN ⁷⁾ UMDNS or GMDN designation of medical device to be tested		
4740	Kód kategorie zkoušeného zdravotnického prostředku ⁸⁾ Category code of medical device to be tested		
4750	Název kategorie zkoušeného zdravotnického prostředku ⁸⁾ Category of medical device to be tested		
4760	Stručný popis zkoušeného zdravotnického prostředku ⁹⁾ Short description of medical device to be tested		
Etická komise / Ethics Committee			
4770	Název etické komise poskytovatele podle § 3 písm. d) zákona o zdravotnických prostředcích Name of the Ethics Committee of provider according to § 3 letter d) Medical Devices Act		
4780	Kód státu / Country code ⁴⁾	4790	Kód kraje / Region code ⁵⁾
4800	Obec / City	4810	PSČ / Postal code
4820	Ulice, číslo domu / Street, house number	4830	Číslo poštovní schránky / P.O. box
4840	Telefon / Telephone number	4850	Fax / Fax number
4860	E-Mail		
4870	Registrována u CZ/CA01 (Ministerstvo zdravotnictví) Registered by Ministry of Health	<input type="checkbox"/> Ano / Yes	<input type="checkbox"/> Ne / No

4880	Stanovisko etické komise / Opinion of Ethics Committee	<input type="checkbox"/> Ano / Yes	<input type="checkbox"/> Ne / No
4890	Souhlasné stanovisko etické komise Favourable opinion of Ethics Committee	<input type="checkbox"/> Ano / Yes	<input type="checkbox"/> Ne / No
4900	Odmítavé stanovisko etické komise Negative opinion by Ethics Committee	<input type="checkbox"/> Ano / Yes	<input type="checkbox"/> Ne / No
4910	Datum uplynutí 60denní lhůty ¹⁾ Date of expiration of 60 day period		

Čestně prohlašuji, že uvedené informace jsou správné a pravdivé.
I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Obec Datum
City Date

Jméno, příjmení Podpis a razítko
Name, surname Signature and stamp

Poznámky a jiná sdělení: / Notes and other information: ⁶⁾

Procesní poznámky / Processing notes Vyplní příslušný úřad / To be filled in only by the competent authority	
4911 Datum doručení příslušnému úřadu / Date of delivery to competent authority ¹⁾	
4912 Jméno odpovědné fyzické osoby / Name of responsible physical person	4920 Telefon / Telephone number
4930 Datum předání Ústavu zdravotnických informací a statistiky / Date of delivery to Institute of Health Information and Statistics ¹⁾	

Pokyny k vyplnění Formuláře hlášení o klinických zkouškách podle § 14
Notes on completing the Clinical Investigation Notification Form according to § 14

¹⁾ Rok, měsíc, den
¹⁾ Year, month, day

²⁾ Bude vydáno příslušným úřadem. Skládá se z kódu státu podle ISO 3166, lomítka a kódu příslušného úřadu, lomítka a vnitřního registračního čísla určeného úřadem: např.: CZ/CA01/nnn...
²⁾ To be assigned by the competent authority. Composed of the two-letter country code of ISO 3166 followed by a slash, the code of the competent authority, a slash and an internal registration number, e.g.: CZ/CA01/nnn...

³⁾ Vyplní výrobce nebo zplnomocněný zástupce. Kód je složen z dvoumístného označení státu podle ISO 3166.

³⁾ Assigned by the manufacturer / authorized representative. This code is always composed of the two-letter country code of ISO 3166.

⁴⁾ Používejte kódy států podle ISO 3166, např.:

⁴⁾ Please use the codes for the different countries acc. to ISO 3166, e.g.:

AT ... Rakousko / Austria	IE ... Irsko / Ireland
BE ... Belgie / Belgium	IS ... Island / Iceland
CH ... Švýcarsko / Switzerland	IT ... Itálie / Italy
CZ ... Česká republika / Czech Republic	LI ... Lichtenštejnsko / Liechtenstein
DE ... Německo / Germany	LU ... Lucembursko / Luxembourg
DK ... Dánsko / Denmark	NL ... Nizozemí / Netherlands
ES ... Španělsko / Spain	NO ... Norsko / Norway
FI ... Finsko / Finland	PT ... Portugalsko / Portugal
FR ... Francie / France	SE ... Švédsko / Sweden
GB ... Velká Británie / United Kingdom	SK ... Slovensko / Slovakia
GR ... Řecko / Greece	

⁵⁾ Používejte kódy krajů podle Opatření ČSÚ ze dne 27.4.1999, částka 33/1999 Sb., v platném znění (pouze pro české výrobce).

⁵⁾ Please use the district codes prescribed by CSO Disposition from 27.4.1999, part 33/1999 Coll. as amended (for Czech manufacturer only).

⁶⁾ Použijte další list papíru, jestliže je to třeba.

⁶⁾ Use additional sheet if necessary.

⁷⁾ Vypiňte správný kód a název skupiny zdravotnického prostředku podle Univerzálního nomenklaturního systému zdravotnických prostředků (UMDNS) nebo podle Globální nomenklatury zdravotnických prostředků GMDN, až bude k dispozici. (např. 16516, kardiostimulátory, vnější neinvazivní). Pokud není k dispozici, uveďte prosím stručný popis (číslo kolonky 4760).

⁷⁾ Please enter the relevant code and its designation from the nomenclature Universal Medical Device Nomenclature System (UMDNS) or Global Medical Devices Nomenclature (GMDN), when there is available. (e.g. 16516; Pacemakers, Cardiac, External Noninvasive). If not available, please give a short description (No. 4760).

⁸⁾ Kód a název kategorie jsou založeny na ČSN EN ISO 15225:2000. Zdravotnický prostředek se označuje kódem první vhodné kategorie, do které spadá v pořadí od písmene a) do písmene l).

⁸⁾ Device category code and term are based on ČSN EN ISO 15225:2000. The device should be assigned to the first category in which it fits, moving from a) to l).

⁹⁾ Označte důležité informace pro identifikaci zkoušeného zdravotnického prostředku.

⁹⁾ Please indicate the necessary data for the identification of the medical device to be tested.

Kód kat.	Název kategorie zdrav. prostředků	P	Code of cat.	Name of category of medical devices	R
06	Diagnostické zdravotnické prostředky in vitro In vitro diagnostic devices	a	02	Anestetické a respirační zdravotnické prostředky Anaesthetic/respiratory devices	g
01	Aktivní implantabilní zdravotnické prostředky Active implantable devices	b	04	Elektro/mechanické zdravotnické prostředky Electro mechanical medical devices	h
07	Neaktivní implantabilní zdravotnické prostředky Non-active implantable devices	c	09	Zdravotnické prostředky - nástroje pro opakované použití Reusable instruments	i
03	Stomatologické zdravotnické prostředky Dental devices	d	10	Zdravotnické prostředky pro jednorázové použití Single use devices	j
08	Oftalmologické a optické zdravotnické prostředky Ophthalmic and optical devices	e	11	Zdravotnické prostředky pro postižené osoby Technical aids for disabled persons	k
12	Zdravotnické prostředky pro diagnostiku a terapii zářením Diagnostic and therapeutic radiation	f	05	Zdravotnické prostředky v nemocničním vybavení Hospital hardware	l