|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Projektnummer:**  (Wird vom Zentralbereich Data Governance ausgefüllt) | | |
| **Projekttitel:** | | |
| **Antragsteller/-in:**  Name:  Institut/Klinik: | | |
| **Art des Projektes**:  UME-interne Verwendung von Daten  Verwendung von Daten in externen akademischen Kooperationen  Verwendung von Daten in Zusammenarbeit mit privaten Einrichtungen | | |
| **Kooperationspartner:**  UME Internes Projekt  Kooperationspartner:  Kooperationsprojekt mit UDE  Kooperationspartner:  Kooperationsprojekt mit externen Partnern  Kooperationspartner:  Auftragsforschung  Kooperationspartner: | | |
| **Kooperationsvertrag, Rahmenvertrag oder sonstige Verträge:**  vorhanden, Vertragsnummer:  nicht vorhanden | | |
| **Voraussichtliche Laufzeit des Projektes:**  Projektstart:  Projektende: | | |
| **In welcher Klinik/Institut werden die Daten erfasst?** | | |
| Allgemein-, Viszeral-,  Transplantations-und  Gefäßchirurgie  Anästhesiologie und Intensivmedizin  Augenklinik  Dermatologie und Venerologie  Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel  Frauenheilkunde und Geburtshilfe  Gastroenterologie, Hepatologie und Transplantationsmedizin  Hämatologie und Stammzelltransplantation  HNO  IKIM | IMIBE  Infektiologie  Innere Klinik (Tumorforschung)  Kardiologie und Angiologie  Kinderklinik I  Kinderklinik II  Kinderklinik III  Mikrobiologie  Nephrologie  Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie  Neurologie  Notfallmedizin  Nuklearmedizin  Palliativmedizin  Pathologie | Radiologie  RLK  St. Digitale Transformation  St Entwicklung, Forschung und Pflege  St. Josef Krankenhaus (SJK)  Strahlentherapie  Thorax- und Kardiovaskuläre Chirurgie  Tumororthopädie  Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie  Urologie  Virologie  Zellbiologie |
| weitere: | | |
| **Zustimmung Datenurheber:**  Hiermit bestätige ich, dass ich die Leitung der Bereiche, die einen wesentlichen Beitrag zur Datenerhebung erbracht haben, über dieses Forschungsvorhaben informiert habe und dass sie mit der Datennutzung einverstanden sind. | | |
| **Welche Daten werden genau benötigt?**  *Hinweise:*   1. *Eine ungenaue Datenbeschreibung sowie Verweise auf Ethikanträge, Studienprotokolle, usw. führen zu längeren Bearbeitungszeiten und Rückfragen.* 2. *Geben Sie bitte - wenn möglich - Codes aus LOINC, SNOMED CT oder anderen Kodiersystemen an um eine möglichst exakte Definition zu erreichen*   Strukturierte Daten  Stammdaten (z.B. Alter, Geschlecht, Sterbedatum):  Aufenthalte (z.B. ambulant, teilstationär, stationär):  Fachbereiche/Stationen:  Diagnosen (z.B. ICD10 C43.3):  Prozeduren (z.B. OPS 8-800.3):  Aufträge (z.B. für Carotisdoppler, TB-Anmeldung):  Radiologie (z.B. Metadaten zu CT, MRT):  Nuklearmedizin (Metadaten zu PET/CT, PET/MRT, Szintigraphien):  Tumordokumentation (z.B. Bogen DCP08 Hauttumore gesamt, oder nur "Diagnosedaten Primärtumor" und "Klinischer Befund"):  Klinische Dokumentation (z.B. Bogen INSULINAO, STURZPROTOKO):  Labordaten:  Laborwerte (z.B. Hämoglobin, CRP, eGFR):  Mikrobiologiebefunde:  Proben (z.B. Kreuzproben):  Transfusionen (z.B. Blutprodukte, Ausgaben, Rückgaben, Spenden):  Medikation (z.B. Verschreibungen, Verabreichungen, Substanzen):  Virologie (z.B. Testergebnisse für LOINC:94500-6):  Unstrukturierte Daten  Dokumente (z.B. Arztbriefe, Befunde, OP-Berichte, Tumorkonferenz):  Verlaufsdokumentation (aus medico)  Bilddaten:  CT, MRT, PET-CT, PET-MRT, Szintigraphien:  Bilddokumentation Dermatologie:  **Sonstige Daten:** | | |
| **Definition der Kohorte durch Prädikate:**  Beispiel 1: Stammdaten: Alter >18 Jahre  Diagnosen: ICD-10 C43.3, C43.4, C43.5  Aufenhalte: Abgeschlossen mit Aufnahmedatum zwischen 2020-01-01 und 2023-12-31  Beispiel 2: Einschlusskriterien:  Ausschlusskriterien:  Eigene Kohorte: | | |
| **Beispieldaten (anonymisiert):**  *Ggf. Tabelle als Anlage mitsenden* | | |
| **Größe des benötigten Patientenkollektivs:** | | |
| **Sollen die Daten über das Datenintegrationszentrum der ZIT (**[**https://diz.ikim.nrw/**](https://diz.ikim.nrw/)**) zur Verfügung gestellt werden?**  Ja  Nein | | |
| **Für die Daten, die über das Datenintegrationszentrum zur Verfügung gestellt werden: In welchem Format werden die Daten benötigt?**  Strukturierte Daten:  **F**ast **H**ealthcare **I**nteroperability **R**esources (JSON)  CSV  Unstrukturierte Daten:  Originalformat (z.B. PDF, MSWORD, JPEG)  Plaintext  transformiert als Bild (JPEG, PNG, TIFF)  Bilddaten:  Originalformat (DICOM, JPEG, PNG, TIFF)  transformiert (z.B. JPEG, PNG): | | |
| **Häufigkeit der Datenlieferung:**  einmalig  wiederholt  im folgenden Intervall:  auf externe Aufforderung | | |
| **Erfolgt eine Datenweitergabe?**  Ja  An wen:  In welcher Form:  Klardaten  pseudonymisiert  anonymisiert  Nein | | |
| **Datenschutzkonzept:**  *Falls im Ethikantrag bereits beschrieben, hier nicht erneut aufführen.* | | |
| **Publikationen, Produktisierung, Kommerzialisierung und Patente:**  *Möglich? Geplant? Strategie? Zieljournale? Bitte beschreiben.* | | |
| **Sonstige Angaben, Anmerkungen** | | |
| **Datum, Unterschrift Antragsteller/-in** | | |