**ANEXO 3**

**PRESUPUESTO DEL ENSAYO CLÍNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **…** |
| **Procedimientos (**se incluyen ejemplos**)** | **Costo unitario (S/.)** | **Overhead** | **Tamizaje** | **Día 1/Sem 1** | **Día/Sem…** | **Día/Sem…** | **Día/Sem…** | **Día/Sem…** |
| Criterios de selección |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Consentimiento informado |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Examen físico |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Toma de muestras, procesamiento y envío |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuestionario |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Evaluación de eventos adversos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Electrocardiograma |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Honorarios del investigador principal |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Honorarios del coordinador |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fee adicional investigador principal |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Total por visita | | A1 | B1 | C1 | … |  |  |
|  | Overhead (20%) | | A2 | B2 | C2 | … |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Presupuesto por paciente (incluyendo todas las visitas de estudio)** | A1 + B1 + C1 + …. |
| **Overhead por Paciente (20 % del presupuesto ejecutado)** | A2 + B2 + C2 + …. |