

ELECTRIC Trial: Site Screening Log - England

Care home no.

--	--

Name	Date of birth (dd/mm/yy)	Gender M/F	Capacity Y/N?*	Invite to resident/ proxy?R/P**	Name of consultee if appl.	Date invite given	Willing to speak to RRA?Y/N	Reason for not speaking to RRA
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 25px;" type="checkbox"/>

Name	Date of birth (dd/mm/yy)	Gender M/F	Capacity Y/N?*	Invite to resident/ proxy?R/P**	Name of consultee if appl.	Date invite given	Willing to speak to RRA?Y/N	Reason for not speaking to RRA
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* In England, judgement of capacity to consent made by PI (see SOP for more detail)

** If resident has capacity, give them invitation letter and Participant Information Leaflet or Aphasia friendly leaflet as appropriate & log 'R'. If resident does not have capacity give to consultee & log 'P' & record name (see SOP)

*** If applicable, write code for reason not wishing to speak to RRA: 1 no further contact wanted by resident/consultee; 2 reason not given for participating; 3 didn't like idea of treatment; 4 did not feel treatment needed; 5 did not want to commit time to research; 6 unable to contact resident/consultee; 7 death of resident.