RELAZIONE DI AVANZAMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE CON FARMACI

Al Comitato Etico

Il sottoscritto Prof./Dr.

Direttore/Medico dell' U.O Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" di Negrar

Tel. Fax.

In relazione alla sperimentazione Prot. n°

Titolo

autorizzata con Provvedimento del Presidente n° del ,

COMUNICA

(relativamente al proprio centro):

L'aggiornamento annuale sullo stato di avanzamento della Sperimentazione

Periodo dal al

Casistica (dall'inizio dello studio) **n° pazienti**

Pazienti arruolati…….……
Pazienti che hanno completato lo studio……...…….
Pazienti drop-out valutabili ai fini dello studio……..
Pazienti drop-out non valutabili ai fini dello studio……

Eventi Avversi rilevati :

Eventuali problemi insorti relativi all'andamento dello studio (arruolamento pazienti, organizzazione, altro...)

Elenco dei numeri di cartella clinica dei pazienti coinvolti nello studio:

N. tessera sanitaria o cartella clinica	**Arruolato**	**Randomizzato**	**Concluso**	**Motivo dell'uscita dallo studio**

Lo Sperimentatore

_____

(timbro e firma)