

RELAZIONE DI CONCLUSIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

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):

la conclusione del periodo di trattamento in data _____

la conclusione del periodo di follow up in data _____

la chiusura definitiva del centro in data _____ *

*(= data della visita di monitoraggio e chiusura da parte del promotore)

Note: _____

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...)

Risultano giacenti campioni inutilizzati relativi alla presente sperimentazione?

SI

NO

