

KWARTALNY RAPORT Z REALIZACJI BADANIA KLINICZNEGO

/wypełnia Sponsor/

Tytuł Badania Klinicznego _____

Nr Protokołu _____

Badacz _____

Sponsor _____

| Dane dot. nr przesiewowego pacjenta | Data włączenia pacjenta do Badania Kliniczn. | Data zakończenia udziału pacjenta w Badaniu Klinicznym | Udzielone świadcz./porada, hospitalizacja/ | Terminy zrealizowanych wizyt w m-cu Nr wizyty /faza badania/ | Diagnostyka wykon. w szpitalu zgodnie z protokołem badania | Diagnostyka wykon.w szpitalu poza protokołem badania |
|-------------------------------------|--|--|--|---|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Data _____

/pieczęć i podpis Sponsora/