

MIESIĘCZNY RAPORT Z REALIZACJI BADANIA KLINICZNEGO

/wypełnia Badacz/

Tytuł Badania Klinicznego _____

Nr Protokołu _____

Badacz _____

Sponsor _____

Imię i nazwisko pacjenta	PESESL	Dane dot. nr przesiewowego pacjenta	Data włączenia pacjenta do badania klinicznego	Data zakończenia badania klinicznego	Udzielone świadczenia (hospitalizacja/ porada/	Terminy zrealizowanych wizyt w m-cu Nr wizyty/faza badania	Diagnostyka wykonana w szpitalu

Data _____

/podpis Badacza/