

Modello 2



*Al Presidente del Comitato Etico
Azienda Unità Sanitaria Locale – Viterbo
via E.Fermi, 15 VITERBO*

**COMUNICAZIONE DI:
INIZIO
INTERRUZIONE
CONCLUSIONE**

DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA

N. Prot. _____ Farmaco _____

Titolo dello studio _____ Ditta _____

approvata con Delibera n. _____ del _____

Responsabile della Sperimentazione _____ U. O. _____

Data inizio studio: _____

Data eventuale interruzione studio: _____

Data fine studio: _____

Casistica

Numero

Pazienti reclutati

Pazienti che hanno completato lo studio

Pazienti considerati drop-out
valutabili ai fini dello studio

Pazienti considerati drop-out
non valutabili ai fini dello studio

Si dichiara che si è provveduto ad inviare O.s.S.C. dati conformi secondo la normativa vigente.

Firma dello Sponsor _____
(Legale Rappresentante o suo delegato)

Luogo e data _____