|  |  |
| --- | --- |
| **Data zgłoszenia badania klinicznego** |  |

**ZGŁOSZENIE PROPOZYCJI BADANIA KLINICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa firmy sponsorującej Badanie: | |  | | | |
| Nazwa Firmy organizującej Badanie: | |  | | | |
| Osoba do kontaktu (telefon i mail): | |  | | | |
| **Badanie** | | | | | |
| Tytuł Badania: | |  | | | |
| Numer protokołu: | |  | | | |
| Okres trwania Badania: | |  | | | |
| Przewidywana liczba uczestników: | |  | | | |
| Akronim badania (jeżeli jest): | |  | | | |
| **Główny Badacz** | | | | | |
| Główny Badacz: | |  | | brak | |
| Nazwa miejsca, w którym przeprowadzane będzie badanie (Klinika/Oddział/OWBK): | |  | | brak | |
| Koordynator Zespołu Badawczego: | |  | | brak | |
| **Członkowie zespołu badawczego** | | | | | |
| **Lp** | **Imię** | | **Nazwisko** | | **Funkcja w badaniu** |
| 1. |  | |  | |  |
| 2. |  | |  | |  |
| 3. |  | |  | |  |
| 4. |  | |  | |  |
| 5. |  | |  | |  |
| **Tryb przyjęcia Uczestników Badania** | | | | | |
| Hospitalizacja | | TAK/NIE | | | |
| Poradnia | | TAK/NIE | | | |
| OWBK | | TAK/NIE | | | |
| Aparatura i sprzęt dostarczany przez Sponsora: | | TAK/NIE | | | |
| Jaki: | |  | | | |
| **Procedury medyczne wykonywane zgodnie z protokołem** | | | | | |
| Procedura: | | Miejsce wykonywania świadczeń (laboratorium lokalne/centralne, USK, DSK, OWBK) | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |