

datum: _____

PRIGLASITEV KLINIČNEGA PRESKUŠANJA ZDRAVILA

A2	PODATKI O KLINIČNEM PRESKUŠANJU
<p>NASLOV KLINIČNEGA PRESKUŠANJA</p>	
<p>ŠT. PROTOKOLA FAZA/TIP PRESKUŠANJA</p>	
<p>VKLJUČENI DODATKI K PROTOKOLU</p>	
<p>LASTNIŠKO IN NELASTNIŠKO IME ZDRAVILA V PRESKUŠANJU ALI ŠIFRA</p>	
<p>OBLIKA, JAKOST, ODMERJANJE ZDRAVILA V PRESKUŠANJU</p>	
<p>PROIZVAJALEC ZDRAVILA V PRESKUŠANJU: IME: NASLOV: TEL/FAX/E-MAIL:</p>	
<p>IZDELOVALEC: IME: NASLOV:</p>	
<p>PRIMERJALNO ZDRAVILO</p>	
<p>SPONZOR: IME: NASLOV: TEL/FAX/E-MAIL:</p>	

A2	PODATKI O KLINIČNEM PRESKUŠANJU
PREDLAGATELJ: IME: NASLOV: TEL/FAX/E-MAIL: IME, PRIMEK, NAZIV IN PODPIS ODGOVORNE OSEBE	
NAMEN PRESKUŠANJA	
PREIZKUŠEVALEC ZDRAVILA NASLOV PRAVNE OSEBE:	
GLAVNI RAZISKOVALEC IME, PRIMEK, NAZIV IN PODPIS	
PREDVIDEN ZAČETEK IN KONEC PRESKUŠANJA	
PREDVIDENO ŠTEVILO PREIZKUŠANCEV	
MONITOR: IME, PRIMEK, NAZIV IN PODPIS: NASLOV: TEL/FAX/E-MAIL:	