

datum: _____

PRIGLASITEV KLINIČNEGA PRESKUŠANJA ZDRAVILA

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

A	PODATKI O KLINIČNEM PRESKUŠANJU
PREDLAGATELJ: IME: NASLOV: TEL/FAX/E-MAIL: IME, PRIIMEK, NAZIV IN PODPIS ODGOVORNE OSEBE	
NAMEN PRESKUŠANJA	
PRESKUŠEVALEC ZDRAVILA NASLOV PRAVNE OSEBE:	
GLAVNI RAZISKOVALEC IME, PRIIMEK, NAZIV IN PODPIS	
PREDVIDEN ZAČETEK IN KONEC PRESKUŠANJA	
PREDVIDENO ŠTEVILO ŽIVALI V PRESKUŠANJU	
MONITOR: IME, PRIIMEK, NAZIV IN PODPIS: NASLOV: TEL/FAX/E-MAIL:	