

## COMUNICAZIONE DI CHIUSURA STUDIO

**Spett.**  
**UFFICIO RICERCHE CLINICHE**  
**Sede**

**Oggetto: Protocollo di sperimentazione clinica dal titolo/sigla**

*FAZA - gliomi*

SPERIMENTATORE PRINCIPALE: *MARIA PICCHIO*

DATA DI AUTORIZZAZIONE: *13/7/2015*

DATA DI APPROVAZIONE CE: *23/7/2015*

DATA DI INIZIO STUDIO (primo paziente arruolato): *8/9/2016*

DATA DI CONCLUSIONE STUDIO (ultima visita effettuata dall'ultimo paziente arruolato):  
*9/4/18*

SITUAZIONE PAZIENTI:

- pazienti previsti: *20*

- pazienti screenati: *20*

- pazienti arruolati: *20*

- pazienti completati: *al fine delle pubblicazioni: 17*

Data *9/4/18* Firma dello sperimentatore principale *Raffaello Picchio*

- ☐ Farmaco sperimentale utilizzato in toto  
☐ Farmaco sperimentale residuo restituito alla Farmacia  
☐ Farmaco sperimentale residuo smaltito direttamente dallo sperimentatore

*Barrare la casella*