

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*

- u.e.*
- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Farmaco sperimentale utilizzato in toto |
| <input type="checkbox"/> | Farmaco sperimentale residuo restituito alla Farmacia |
| <input type="checkbox"/> | Farmaco sperimentale residuo smaltito direttamente dallo sperimentatore |

Barrare la casella