Data

Al Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto

# OGGETTO: NOTIFICA DI FOLLOW UP PER RICHIESTA USO TERAPEUTICO DI MEDICINALE SOTTOPOSTO A SPERIMENTAZIONE CLINICA (DM 07/09/2017)

|  |  |
| --- | --- |
| **FARMACO** |  |
| CODICE INTERNO *(es. 2024-…-COMP)* |  |
| INIZIALI PAZIENTE o ID |  |
| **NOME MEDICO RICHIEDENTE** |  |

Il paziente è ancora in trattamento: 🞎 SI 🞎 NO

Se il paziente non è più in trattamento specificarne il motivo: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si sono manifestate reazioni avverse? Se sì, indicare quali

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il farmaco viene somministrato in regime: 🞎 DM 7/09/2017 🞎 SSN

Breve relazione dello stato di salute del paziente in trattamento:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma del medico