

SOLICITUD DE CONFORMIDAD DE ENSAYOS CLINICOS

DATOS ENSAYO

CÓDIGO PROTOCOLO:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

PROMOTOR:

MONITOR/CRO:

JUSTIFICACIÓN DE LA CONFORMIDAD

Elaboración en campana de flujo laminar horizontal:

Elaboración en campana de flujo laminar vertical (citostáticos):

Mantenimiento de doble ciego:

Aleatorización desde el Servicio de Farmacia:

Otros:

PARÁMETROS A VALORAR

Nº PACIENTES:

DURACIÓN ENSAYO/ Nº preparaciones:

ESTIMACIÓN ECONÓMICA DEL PROMOTOR (si la hubiera):

OTROS:

DATOS CONTACTO

MONITOR/CRO (marcar lo correcto):

NOMBRE:

TF:

FAX:

VÍA NOTIFICACIÓN:

FECHA SOLICITUD: