**Titolo studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice di randomizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data Inizio studio (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Calendario visite controllo:**

**V1 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V2 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V3 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V4 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**V5 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sto partecipando ad uno studio clinico (specificare)con il/i farmaco/i(specificare)della durata di(specificare), che ha come obiettivo (specificare).**

**Non posso assumere i seguenti farmaci/alimenti (specificare)**

**Qualora fossero necessarie ulteriori informazioni o, in caso di emergenza potete contattare: professore/dottore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (istituzione)**

**recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**