

ANEXO V

SOLICITUD Y CONFORMIDAD SERVICIO DE FARMACIA

DATOS ENSAYO

CÓDIGO PROTOCOLO / CEI / CEIC / CEIm / CEEA:
INVESTIGADOR PRINCIPAL:
PROMOTOR:
MONITOR/CRO:

ACTIVIDADES A REALIZAR

Elaboración en campaña 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 ESTUDIO/ ENSAYO - Nº preparaciones:
ESTIMACIÓN ECONÓMICA DEL PROMOTOR (si la hubiera):
OTROS:

DATOS DE CONTACTO

MONITOR/CRO (marcar lo correcto):
NOMBRE:
Teléfono: email:
VÍA NOTIFICACIÓN:

FECHA SOLICITUD

Getafe a..... de..... de.....

Fdo.:
(Nombre y apellidos Investigador Principal)

Que el estudio ha sido presentado al CEI / CEIC / CEIm / CEEA.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio/ensayo clínico, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudio, ni en otras actividades que realiza habitualmente.

Que el Servicio de Farmacia percibirá..... € en concepto.....

Getafe a..... de..... de.....

Fdo.:
(Nombre y apellidos Jefe Sº Farmacia)