



POŽADAVKY NA ZAJIŠTĚNÍ LÉKÁRENSKÝCH ČINNOSTÍ KE KLINICKÉMU HODNOCENÍ LÉČIV:

ZADAVATEL:
CRO:
ČÍSLO PROTOKOLU:
CELÝ NÁZEV KLINICKÉHO HODNOCENÍ:
ZKRÁCENÝ NÁZEV KLINICKÉHO HODNOCENÍ:
PŘEDPOKLÁDANÝ DATUM INICIACE:
HLAVNÍ ZKOUŠEJÍCÍ / KLINICKÉ PRACOVÍŠTĚ KOORDINÁTOR NA CENTRU (<i>kontaktní údaje</i>)
HODNOCENÉ LÉČIVO: (cytostatikum: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> (<i>specifikujte</i>) POVRCH TĚLA -BODY SURFACE AREA se bude počítat podle vzorce: <input type="checkbox"/> BSA DuBois and DuBois <input type="checkbox"/> Mosteller metoda <input type="checkbox"/> jiný vzorec (<i>specifikujte</i>)



LÉKOVÁ FORMA		
TEPLOTA UCHOVÁVÁNÍ		
2°C -8°C <input type="checkbox"/>	15°C – 25°C <input type="checkbox"/>	jiná <i>(specifikujte)</i>
DOHLED FARMACEUTA NAD DODRŽOVÁNÍM PODMÍNEK SPRÁVNÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE NA CENTRU: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> <i>(pokud ANO, specifikujte požadovanou frekvenci)</i>		
DOBA TRVÁNÍ STUDIE <i>(předpokládány datum ukončení)</i>	POČET DODÁVEK HLP/ FREKVENCE: IV/WRS POTVRZENÍ FARMACEUTEM ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
DESIGN KH (ramena, frekvence a počet dávek):		
POŽADAVKY NA PŘÍPRAVU / ÚPRAVU HLP : ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> <i>(pokud ANO, specifikujte)</i>		
PODMÍNKY NA PŘÍPRAVU / ÚPRAVU HLP: BĚŽNÉ <input type="checkbox"/> ASEPTICKÉ <input type="checkbox"/>		
PŘEDPOKLÁDANÝ POČET PACIENTŮ:	POČET PŘÍPRAV / ÚPRAV /pro 1 PACIENTA:	
JSOU POŽADAVKY NA ZAJIŠTĚNÍ DALŠÍCH LÉČIV, MATERIÁLU, POMŮCEK (INF. FILTRY, INF. VAKY APOD.) FAKULTNÍ NEMOCNICÍ? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> <i>(pokud ANO, specifikujte)</i>		



Kontaktní osoba nemocniční lékárna:

Fakultní nemocnice, nemocniční lékárna, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

e-mail: lenka.bekova@fnhk.cz

Kontaktní osoba smluvní zajištění FN pro klinické hodnocení:

email: dasa.prokupkova@fnhk.cz

DATUM:

KONTAKTNÍ OSOBA (OSOBY) ZADAVATELE/CRO PRO KLINICKÉ HODNOCENÍ:

JMÉNO:

TELEFON:

MAIL ADRESA: