***Załącznik nr 6***

**Miesięczny raport z realizacji badania klinicznego**

Miesiąc: ………………………….

Nazwa badania klinicznego:

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

Nr protokołu: ………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko pacjenta** | **Data włączenia pacjenta do badania klinicznego** | **Data zakończenia badania klinicznego** | **Udzielone świadczenia**  **(hospitalizacja/ porada)** | **Liczba udzielonych świadczeń  w miesiącu sprawozdawczym** | **Procedury medyczne udzielone podczas wizyty** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………………..

*Data, podpis i pieczątka osoby sporządzającej*