



**REGIONE SICILIANA**  
**Azienda Ospedaliero - Universitaria**  
**“Policlinico - Vittorio Emanuele”**  
**P. IVA 04721290874**  
**Catania**

**SCHEDA DATI STUDIO CLINICO**

TITOLO DELLA SPERIMENTAZIONE

---

---

---

CODICE STUDIO

---

DURATA DELLO STUDIO	_____
TIPO TRATTAMENTO (INVASIVO O MENO)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
QUALIFICAZIONE DEL FARMACO O TERAPIA (Specificare se trattasi di terapia geniche, cellulari e radiofarmaci)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NUMERO DEI SOGGETTI A TRATTAMENTO COPERTI DA POLIZZA	_____
COINVOLGIMENTO MINORI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INFORMAZIONE AL PAZIENTE SULLA COPERTURA ASSICURATIVA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SPERIMENTAZIONI IDONEE A PROVOCARE DANNI EVIDENZIABILI A MAGGIOR DISTANZA DI TEMPO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SPERIMENTAZIONE INTERVENTISTICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SPERIMENTAZIONE MULTICENTRICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO