



All.1 – Form Dichiarazione natura osservazionale dello studio

Dichiarazione sulla natura osservazionale dello studio (da compilare su carta intestata)

Coordinatore/Responsabile dello studio osservazionale MARIO GABRIELLO MOREUCCHI
(persona fisica che ha il compito di coordinare lo studio) (nome e cognome)

Struttura pubblica o struttura no-profit per la quale opera il Coordinatore
EMATOLOGIA, POLICLINICO UMBERTO I (specificare la struttura)

Azienda promotrice dello studio (se diversa da quella già indicata)
EMATOLOGIA, POLICLINICO UMBERTO I (specificare l'Azienda)

Io sottoscritto M. GABRIELLO MOREUCCHI In qualità di coordinatore dello studio
osservazionale (riportare titolo) DI FETTI DEL FIBRINOGENO

DICHIARO che:

- Il/i farmaco/i è/sono prescritto/i nelle indicazioni d'uso autorizzate all'immissione in commercio in Italia;
- La prescrizione del farmaco in esame deve essere parte della normale pratica clinica;
- La decisione di prescrivere il farmaco al singolo soggetto è del tutto indipendente da quella di includere il soggetto stesso nello studio (ove applicabile);
- Le procedure diagnostiche e valutative corrispondono alla pratica corrente.

Data

20/11/2015

Firma del Coordinatore

Mario Gabriello Moreucchi

Firma del Promotore

Mario Gabriello Moreucchi
(ove applicabile)

