**Melding experiment in AZ Sint-Lucas Brugge**

*Gelieve dit document elektronisch te bezorgen aan mevr. Mary Glorieux, coördinator klinische studies –**clinical.trials@stlucas.be*

# Algemene informatie

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Studie TitEL** |
|  |         |
| **2.** | **AcronIEm** |
|  |         |
| **3.** | **Protocol numMer** |
|  |         |
| **4.** | **EudraCT-nummer of BUN-nummer** |
|  |       |
| **5.** | **Verantwoordelijke ARTS** |
|  |       |
| **6.** | **Sponsor**  |
|  |       |
| **7.** | **Type study** |
|  | [ ]  Non-commerciële (academische) studie[ ]  Commerciële studie |
|  | [ ]  Retrospectief[ ]  Prospectieve, niet-interventionele studie[ ]  Prospectieve, interventionele studie[ ] Met medicatie [ ] Zonder medicatie[ ]  Monocentrisch[ ]  Multicentrisch[ ]  Follow-up[ ]  Amendement van lopende studie |
| **8.** | **StudIE FASE** |
|  | [ ] I[ ] II[ ] III[ ] IV[ ] Niet van toepassing [ ] Andere:         |
| **9.** | **Verwachte datum submissie EThisch comite** |
|  |        |
| **10.** | **Verwachte datum start studie TE AZ sint-lucas brugge** |
|  |        |
| **11.** | **verwachte EINDdatum studie Te AZ sint-lucas brugge** |
|  |        |
| **12.** | **verwacht aantal patiënten te AZ sint-lucas brugge** |
|  |        |

# Contactgegevens Sponsor

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Sponsor** |
|  | [ ] Intern (AZ Sint-Lucas Brugge):        [ ] Extern:[ ] Bedrijf[ ] Instituut[ ] Andere:         |
| **2.** | **NAam** |
|  |         |
| **3.** | **ADRES** |
|  | Straat:       Nummer:       Stad:       Postcode:       Land:        |
| **4.** | **Contactgegevens** |
|  | Telefoonnummer:      Email:       |

# Contactgegevens Verantwoordelijke Arts te AZ Sint-Lucas Brugge

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **NAaM** |
|  |         |
| **2.** | **Dienst/ functie** |
|  |        |
| **3.** | **Contactgegevens** |
|  | Telefoonnummer:      Email:       |

# Contactgegevens van Externe Partners (indien toepasselijk)

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **NAAM CRO** |
|  |         |
| **2.** | **ADRES** |
|  | Straat:       Nummer:       Stad:       Postcode:       Land:         |
| **3.** | **Contactgegevens CRA** |
|  | Naam:        Telefoonnummer:      Email:       |
| **4.** | **ContactPersoOn voor Contractonderhandelingen** |
|  | Naam:        Telefoonnummer:      Email:       |
| **5.** | **Contactpersoon voor facturatie** |
|  | Naam:        Telefoonnummer:      Email:       |

# Ondersteunende diensten te AZ Sint-Lucas Brugge

Ik wens gebruik te maken van volgende diensten voor deze studie:

|  |
| --- |
| [ ]  Coördinatie klinische studies (CTC) Mevr. Mary Glorieux (050 36 57 11)[ ]  Verpleegkundige ondersteuning Mevr. Annelies Catoor (050 36 58 77)Mr. Franky Degrendel (050 36 58 75) Mevr. Sarah Vandekerckhove (050 36 58 76)Mevr. Leen Van Hoeymissen (050 36 58 78)[ ]  Apotheek Mevr. Michelle Vannieuwenhuyssen (050 36 54 81)Dhr. Kris Loots (050 36 54 74) [ ]  Laboratorium Dr. Johan Robbrecht (050 36 53 46) [ ] Verwerking door extern labo [ ] Verwerking door labo AZ Sint-Lucas[ ]  Radiologie Dr. Koen Geldof (050 36 54 13)Mevr. Heleen Van Meenen (050 36 53 95)[ ]  Pathologie Dr. Marie-Astrid Van Caillie (050 36 53 45)[ ]  Cardiologie Dr. Dirk Verleyen (050 36 51 55)[ ]  Andere diensten:      [ ]  Ik wens **geen** gebruik te maken van onderzoeken/ondersteuning door diensten van AZ Sint-Lucas Brugge. |
|  |