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

*Gelieve dit document elektronisch te bezorgen aan mevr. Mary Glorieux, coördinator klinische studies –*[*clinical.trials@stlucas.be*](mailto: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. |
|  |