**Protocollo *<inserire nome>***

**QUESTO PAZIENTE STA PARTECIPANDO A *<specificare>***

**PER IL/LA PARTECIPANTE:** In caso di emergenza sanitaria è pregato/a di contattare il medico dello studio (informazioni di contatto presenti sul retro di questa scheda) o di recarsi presso una struttura sanitaria di emergenza. **Le ricordo di portare questa scheda sempre con sé. In caso di malattia o nel bisogno di cure mediche, questa scheda deve essere mostrata al personale medico curante.**

**PER GLI OPERATORI SANITARI:** In caso di emergenza sanitaria che coinvolge il paziente, si prega di contattare il medico dello studio per informazioni sui farmaci in studio e la partecipazione di questo paziente nella sperimentazione clinica di cui sopra, se necessario.

**Numero ID del paziente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Carta ID del Paziente

Versione *<inserire numero>*, datata *<inserire data, mese e anno per esteso>*

**Protocollo *<inserire nome>***

**Contatti dello Sperimentatore Principale**

**Nome dello sperimentatore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero di telefono principale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero di telefono alternativo fuori orario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sponsor:** *<inserire nome, indirizzo, numero di telefono e fax>*

Carta ID del Paziente

Versione *<inserire numero>*, datata *<inserire data, mese e anno per esteso>*