|  |  |
| --- | --- |
| **Nome form** | **FINE STUDIO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome sezione: Fine studio** | |
| Il paziente ha terminato di partecipare allo studio o si è ritirato dallo studio? | ○ Si ○ No |
| Qual è la data in cui il paziente ha terminato di partecipare allo studio? | |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  G G - M M M - A A A A |
| Qual è il motivo che ha causato il termine di partecipazione allo studio? | ○ Fallimento allo screening (specificare sotto)  ○ Ritiro del consenso informato  ○ Perso al follow-up  ○ Morto  ○ Nell’ interesse del paziente (specificare sotto)  ○ Evento avverso; AE ID: |\_\_|\_\_|  ○ Violazione protocollo (specificare sotto)  ○ Altro (specificare sotto)  ○ Specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Qual è stata l’ ultima visita del  paziente? | ○ V1 –  ○ V2 –  ○ V3 –  ○ V4 –  ○ V5 – |