

SIGNATUR- OCH DELEGERINGSLISTA

Ansvarig prövare:

Center:

Fullständigt namn och titel	Namnteckning	*Roll i studien (ex. fo.ssk, medprövare)	**Arbetsuppgifter i studien. Se lista nedan.	Delegeringstid		Initialer	Ansvarig prövares signatur
				Från	Till		

* Signaturer krävs för alla personer som delegerats att föra in data i CRF (ICH GCP 8.3.24).

** Specificera studiespecifika arbetsuppgifter delegerade av ansvarig prövare eller hänvisa till specifik delegeringsblankett

DISCO

Översikt över arbetsuppgifter som kan delegeras i studien

1. Informera patient
2. Inhämta samtycke
3. Inklusions/exklusionskriterier (endast till medprövare)
4. CRF, ifyllande och ändringar
5. Bedömning av "Adverse Event"
6. Insamling och inmatning av "Adverse Event"