



DOHLED FARMACEUTA NAD DODRŽOVÁNÍM PODMÍNEK SPRÁVNÉ LÉKÁRENSKÉ PRAXE NA CENTRU: ANO  NE

(pokud ANO, specifikujte požadovanou frekvenci)

DOBA TRVÁNÍ STUDIE:

POČET DODÁVEK HLP/ FREKVENCE:

IV/WRS POTVRZENÍ FARMACEUTEM

ANO

NE

DESIGN KH (ramena, frekvence a počet dávek):

POŽADAVKY NA PŘÍPRAVU / ÚPRAVU HLP : ANO  NE

(pokud ANO, specifikujte)

PODMÍNKY NA PŘÍPRAVU / ÚPRAVU HLP:

BĚŽNÉ

ASEPTICKÉ

PŘEDPOKLÁDANÝ POČET PACIENTŮ:

POČET PŘÍPRAV / ÚPRAV /pro 1 PACIENTA:

JSOU POŽADAVKY NA ZAJIŠTĚNÍ DALŠÍCH LÉČIV, MATERIÁLU, POMŮCEK (INF. FILTRY, INF. VAKY APOD.) FAKULTNÍ NEMOCNICÍ? ANO  NE

(pokud ANO, specifikujte)

RANDOMIZACE PACIENTŮ FARMACEUTEM

ANO

NE

DALŠÍ POŽADAVKY NA ZAJIŠTĚNÍ SLUŽEB LÉKÁRNOU, POZNÁMKY, UPŘESNĚNÍ APOD.:

DATUM:

KONTAKTNÍ OSOBA (OSOBY) ZADAVATELE PRO KLINICKÉ HODNOCENÍ  
JMÉNO:

TELEFON:

MAIL ADRESA:

***KONTAKTNÍ OSOBA NEMOCNIČNÍ LÉKÁRNA:***

Fakultní nemocnice, Nemocniční lékárna, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

e-mail: [lenka.bekova@fnhk.cz](mailto:lenka.bekova@fnhk.cz)

***KONTAKTNÍ OSOBA SMLUVNÍ ZAJIŠTĚNÍ FN PRO KLINICKÉ HODNOCENÍ:***

email: [dasa.prokupkova@fnhk.cz](mailto:dasa.prokupkova@fnhk.cz)