Informed Consent Log
טופס ריכוז הסכמה מדעת

שם פרוטוקול: _____

מספר פרוטוקול: _____

שם המוסד הרפואי: _____

החוקר הראשי: _____ עמ' מספר: _____

קוד חולה (מס' וראשי תיבות)	גרסה מס' ____ אושרה בתאריך		גרסה מס' ____ אושרה בתאריך		גרסה מס' ____ אושרה בתאריך		גרסה מס' ____ אושרה בתאריך	
	תאריך ההחתמה	שם המחתים	תאריך ההחתמה	שם המחתים	תאריך ההחתמה	שם המחתים	תאריך ההחתמה	שם המחתים