Patient Screening Log
טופס סקירת משתתפים פוטנציאליים למחקר

שם הפרוטוקול:	
מס׳ הפרוטוקול:	שם המוסד הרפואי:
החוקר הראשי:	עמוד מספר:

מס׳	תאריך	קוד חולה	מין	גיל	כשיר כן / לא		סיבה לאי הכללה
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							