תאריך:\_\_\_\_\_\_\_

מס' בקשה מוסדי:\_\_\_\_\_\_\_

**אזהרה: המכתב מכיל מידע רפואי מזוהה. יש לשמור על סודיות רפואית.**

**לכבוד**

**ד"ר \_\_\_\_\_\_\_, הרופא/ה המטפל/ת**

בקופ"ח \_\_\_\_\_

שם המרפאה \_\_\_\_\_

כתובת המרפאה \_\_\_\_\_\_

**הנדון:** מר/ גב' \_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_ משתתפ/ת בניסוי רפואי

ד"ר \_\_\_\_ הנכבד/ה, ברצוני להודיעך כי המטופל הנ"ל משתתף בניסוי רפואי בנושא:[*כותרת הניסוי*]

מידע על הניסוי:[*בקצרה - המצב הנחקר, הסיבה שבגללה נכלל המטופל ומטרות עיקריות של הניסוי*]

מדדים עיקריים הנבדקים במסגרת הניסוי:[*בקצרה*]

הניסוי נעשה באחריות: [*שם הרופא האחראי בניסוי*]

הניסוי כרוך בבדיקות ומתן שירותים הבאים לצורך הניסוי:

[*יש לפרט את הבדיקות ו/או את מוצר/י המחקר שיקבל המטופל במסגרת הניסוי בלבד*]

[ ]  אין קונטרא-אינדיקציה למתן תרופות נוספות/טיפולים נוספים.

[ ]  יש קונטרא-אינדיקציה למתן תרופות נוספות/טיפולים נוספים. התרופות/הטיפולים האסורים למתן הן[[1]](#footnote-1):

מידע זה נמסר לך כרופא המטפל לצורכי טיפול ומעקב רפואי בלבד.

אם הנך זקוק למידע נוסף, או במקרה שהמטופל דווח לך על אירוע חריג/תופעת לוואי במהלך השתתפותו בניסוי או לאחר סיום השתתפותו, אנא צור עמי קשר בטלפון: [*מס' טלפון זמין 24/7*] או בדוא"ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

בכבוד רב,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 שם הרופא מחלקה בית חולים חתימה

1. אם מדובר ברשימה ארוכה של תרופות יש לרשום אותן בטבלה - לפי קבוצות פרמקולוגיות. [↑](#footnote-ref-1)