



Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
Comitê de Ética em Pesquisa

Ficha Modelo B

Planilha Mensal de Eventos Adversos Sérios de Estudos Multicêntricos Ocorridos Extra CRT-DST/AIDS.

NOME DO PRODUTO EM ESTUDO:

NÚMERO DO ESTUDO: _____

NÚMERO NO CEP: _____

MÊS/ANO: _____ / _____

Eventos Adversos Sérios n° _____

Listar EAS Principal

Situação atual do evento*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Posicionamento do Investigador Principal e informações sobre os Eventos relatados:

NOME DO INVESTIGADOR

ASSINATURA

____/____/____
DATA

Obs: Mesmo não havendo informações à serem relatadas, enviar a ficha em branco até o 5º dia útil de cada mês.

*** Legenda: Situação Atual do Evento**

- **Resolvido; em Andamento; Morte; Ignorado**