

Checklista Baseline/Screening

Studie:

Personnummer: _____
Namn: _____
Adress: _____
Tel: _____

Aktivitet	Remiss sänd datum	Bokad/utförd datum	Kommentarer
Första läkarbesöket Anamnes, tidigare sjukdomar, WHO, mediciner			
Patientinformation		<input type="checkbox"/> Inhämtat Datum: _____ <input type="checkbox"/> Kopierat till pat	
Central infart			
Remiss till beh enhet			
Inom _____ dagar före randomisering			
Inom _____ dagar före randomisering			
Randomisering inom _____ dagar före behandlingsstart			
Behandlingsstart			