

LA SPERIMENTAZIONE CLINICA: ASPETTI METODOLOGICI

Roma 16-17 ottobre 2006

Reparto di Ricerca Clinica e Farmacologia Sperimentale

Il corso è destinato a laureati in discipline biomediche operanti nell'area della sperimentazione clinica: disegno e conduzione di studi, l'interpretazione dei risultati, valutazione dei dossier registrativi, valutazione periodica del profilo di sicurezza dei farmaci. Si presuppone che i partecipanti posseggano conoscenze di statistica ed epidemiologia di base. Verranno affrontati in modo approfondito gli aspetti di metodo della sperimentazione clinica ed il processo di sviluppo clinico di un farmaco. Al termine del corso i partecipanti saranno in grado di ideare e condurre uno studio clinico e di esaminare criticamente un dossier di registrazione di un nuovo farmaco. Questa iniziativa si pone anche l'obiettivo di rafforzare la ricerca indipendente sui farmaci formando personale in grado di fornire expertise alle agenzie nazionali (AIFA) ed internazionali (EMA).

L'accREDITAMENTO ECM è stato richiesto per la professione di medico-chirurgo.

Il numero di partecipanti ammessi è di 30. Le domande di partecipazione devono essere inviate alla **segreteria organizzativa** per e-mail (r.dinallo@iss.it) o fax (06.4990.2827). Si prega di specificare, nella domanda, i dati anagrafici, il titolo di studio, l'ente di appartenenza, un breve curriculum vitae (max una pagina formato A4) e i recapiti presso cui essere contattati.

Dr.ssa Anne-Laure Knellwolf
Responsabile Scientifico



Domanda di iscrizione al

CORSO SULLA SPERIMENTAZIONE CLINICA: ASPETTI METODOLOGICI

16-17 Ottobre 2006

Organizzato dal Dipartimento del Farmaco
Reparto di Ricerca Clinica e Farmacologia Sperimentale

Istruzioni per la compilazione della domanda:

1. Scrivere in carattere maiuscolo
2. Compilare tutti i campi

LE DOMANDE INCOMPLETE NON POTRANNO ESSERE PRESE IN CONSIDERAZIONE

DATI ANAGRAFICI

Cognome:																										
Nome:																										
Comune di nascita																	Provincia di nascita									
Data di nascita: (gg/mm/anno)			/			/																				
	☐ M		☐ F		Titolo professionale: (Es.: Dr., Sig., Prof., etc.)																					
Codice Fiscale:																										

DATI DA UTILIZZARE PER LE SUCCESSIVE COMUNICAZIONI

Telefono 1 (pref./num.)		Telefono 2 (pref./num.)	
Fax (pref./num.)			
Posta elettronica			

DATI RELATIVI ALL'EVENTUALE ENTE DI APPARTENENZA

Ente di appartenenza (Indicare la tipologia dell'ente. Es.: Az. USL, Ministero, Regione, etc.)

Nome (dell'ente) (Inserire, per esteso, il nome completo dell'Ente di appartenenza)

Comune (dell'ente)

Provincia (dell'ente)

Regione (dell'ente)

Inquadramento nell'ente: (Es.: di ruolo, borsista, etc.)

DATI PROFESSIONALI

Titolo di studio

Profilo Sanitario ECM (Es.: medico, farmacista, etc.)

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO:

I MIEI INCARICHI E/O ATTIVITÀ SONO I SEGUENTI

IL CORSO MI SARÀ UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI