## Formblätter Anhang 1

**Antrag auf Genehmigung einer klinischen Prüfung mit einem Humanarzneimittel bei den zuständigen Behörden und auf Stellungnahme der Ethikkommissionen in der Europäischen Union**

*Bearbeitungsvermerke:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eingangsdatum des Antrags:  Datum der Anforderung von Informationen, damit der Antrag rechtsgültig wird: | Datum der Anforderung zusätzlicher Informationen: | Gründe für das Versagen der Genehmigung/ablehnenden Stellungnahme:  ja nein  Wenn ja, bitte Datum angeben: |
| Datum der rechtsgültigen Antragstellung:  Datum des Beginns des Genehmigungsverfahrens: | Eingangsdatum der zusätzlichen/geänderten Informationen: | Genehmigung/befürwortende Stellungnahme:ja nein  Wenn ja, bitte Datum angeben: |
| Registrierungsnummer der zuständigen Behörde bzw. der Ethikkommission: | | |

*Von dem Antragsteller auszufüllen:*

Dies ist das gemeinsame Formular für den Antrag auf Genehmigung durch die zuständige Behörde und auf Stellungnahme einer Ethikkommission. Bitte geben Sie den jeweiligen Zweck in dem folgenden Kästchen an.

**Antrag auf Genehmigung der zuständigen Behörde:**

**Antrag auf Stellungnahme der Ethikkommission:**

##### A. Identifizierung der klinischen Prüfung

**Mitgliedstaat, in dem der Antrag eingereicht wird:**

|  |
| --- |
| EudraCT-Nummer[[1]](#footnote-1) |
| Vollständiger Titel der klinischen Prüfung:  Code, Version und Datum des Prüfplans des Sponsors:[[2]](#footnote-2) |
| Bezeichnung oder Kurztitel der klinischen Prüfung, sofern vorhanden: |

|  |
| --- |
| ISRCTN-Nummer[[3]](#footnote-3), sofern vorhanden: |

**B. Identifizierung des für den Antrag verantwortlichen Sponsors**

|  |
| --- |
| **B1. Sponsor** |
| Name der Organisation:  Name der Kontaktperson:  Anschrift:  Telefon:  Fax:  E-Mail: |

|  |
| --- |
| **B2. Gesetzlicher Vertreter[[4]](#footnote-4) des Sponsors in der Europäischen Gemeinschaft für den Zweck dieser klinischen Prüfung** (wenn nicht identisch mit dem Sponsor) |
| Name der Organisation:  Name der Kontaktperson:  Anschrift:  Telefon:  Fax:  E-Mail: |

|  |
| --- |
| **Status des Sponsors:** kommerziell[[5]](#footnote-5) nicht kommerziell |

**C. Identifizierung des Antragstellers (bitte das zutreffende Kästchen ankreuzen)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C1. Antrag für die zuständige Behörde** |  | **C2. Antrag für die Ethikkommission** |  |
| * Sponsor * Gesetzlicher Vertreter des Sponsors * Person oder Organisation, die von dem Sponsor zur Antragstellung bevollmächtigt ist. In diesem Fall bitte angeben: * Organisation: * Name der Kontaktperson: * Anschrift: * Telefon: * Fax: * E-Mail: |  | * Sponsor * Gesetzlicher Vertreter des Sponsors * Person oder Organisation, die von dem Sponsor zur Antragstellung bevollmächtigt ist. In diesem Fall bitte angeben: * Organisation: * Name der Kontaktperson: * Anschrift: * Telefon: * Fax: * E-Mail: * Für die Antragstellung zuständiger Prüfer: * Koordinierender Prüfer (multizentrische Prüfung) * Verantwortlicher Prüfer (monozentrische Prüfung)   In Falle des Prüfers bitte angeben:   * Name: * Anschrift: * Telefon: * Fax: * E-Mail: |  |

**D. Angaben zu dem (den) in der klinischen Prüfung verwendeten Prüfpräparat(en) (IMP) : Präparat, das getestet oder als Referenz (Vergleichspräparat) verwendet wird**

*In diesem Abschnitt sind sowohl für das Prüfpräparat als auch für das Vergleichspräparat Angaben zu jedem ‚Arzneimittel-Bulk‘ vor den einzelnen Arbeitsschritten der klinischen Prüfung (Verblindung, prüfungsspezifische Verpackung und Etikettierung) vorzulegen. Falls zutreffend, sind in Abschnitt E Angaben zum Placebo zu machen. Wird die Prüfung mit mehreren Prüfpräparaten durchgeführt, sind zusätzliche Seiten zu verwenden, und jedes Prüfpräparat ist mit einer fortlaufenden Nummer zu kennzeichnen; bitte Angaben zu jedem einzelnen Präparat vorlegen; ebenso bitte Angaben zu jedem einzelnen Wirkstoff vorlegen, wenn es sich bei dem Präparat um ein Kombinationspräparat handelt.*

|  |
| --- |
| Geben Sie an, was im Folgenden beschrieben wird, und wiederholen Sie dies erforderlichenfalls für jedes in der klinischen Prüfung zu verwendende nummerierte Präparat (Nummern von 1 bis n vergeben):  **Dies bezieht sich auf das Prüfpräparat Nummer: (……..)**  **Prüfpräparat, das getestet wird**  **Prüfpräparat, das als Vergleichspräparat verwendet wird** |

**D.1. Status des Prüfpräparats, das in der klinischen Prüfung verwendendet werden soll**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.1(a) Liegt für das Prüfpräparat, das in der Prüfung verwendet werden soll, eine Zulassung vor:** | Ja | Nein | **Wenn ja, bitte für das Arzneimittel, das in der Prüfung verwendet werden soll, angeben** | | |
| Handelsname[[6]](#footnote-6) | Name des Zulassungsinhabers 6 | Zulassungsnummer 6 |
| * in dem Mitgliedstaat, der von der Einreichung dieses Antrags betroffen ist? * Wenn diese Frage mit ja beantwortet wird und das Prüfpräparat nicht verändert wird, Handelsname und Zulassungsinhaber jedoch in dem Prüfplan nicht angegeben sind, gehen Sie bitte weiter zu D.1(b). |  |  |  |  |  |
| Wenn die vorstehende Frage mit nein beantwortet wird: |  |  |  |  |  |
| * in einem anderen Mitgliedstaat, aus dem das Präparat für diese Prüfung stammt? * Wenn ja, bitte angeben: * In welchem Mitgliedsland? |  |  |  |  |  |
| Wenn die 2 vorstehenden Fragen mit nein beantwortet werden:   * in einem Drittland, aus dem das Präparat für diese Prüfung stammt? * Wenn ja, in welchem? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D.1(b)** Das in der klinischen Prüfung zu verwendende Prüfpräparat ist in dem betreffenden Mitgliedstaat zugelassen, gemäß Prüfplan dürfen jedoch alle in jenem Mitgliedstaat zugelassenen Markenbezeichnungen des Prüfpräparats an Prüfungsteilnehmer verabreicht werden. Das Prüfpräparat/die Prüfpräparate kann/können vor Beginn der Prüfung nicht eindeutig identifiziert werden: | Ja | Nein |
| In dem Prüfplan ist lediglich die Behandlung nach Wirkstoff angegeben …  - wenn ja, gehen Sie weiter zu D2 |  |  |
| Die in dem Prüfplan enthaltenen Behandlungsregime erlauben verschiedene Kombinationen der im Verkehr befindlichen Präparate, die gemäß örtlicher klinischer Praxis an einigen oder allen Prüfstellen in dem Mitgliedstaat verwendet werden.  - wenn ja, gehen Sie weiter zu D2 |  |  |
| Die als Prüfpräparat zu verabreichenden Präparate gehören zu einer bestimmten ATC-Gruppe.  - wenn ja, bitte die ATC-Gruppe (Stufe 3 oder darüber bis zu der Stufe, die bestimmt werden kann) der zutreffenden zugelassenen Codes in dem Feld ATC-Code unter D.2 des Formulars angeben |  |  |
| Sonstiges:  - wenn ja, bitte nähere Angaben machen: |  |  |

|  |
| --- |
| **Wurde die Verwendung des Prüfpräparats bereits früher in einer von dem Sponsor in der Gemeinschaft durchgeführten klinischen Prüfung genehmigt?**  Ja Nein |

**Wurde das Prüfpräparat in dieser Indikation als Arzneimittel für seltene Leiden in der Gemeinschaft ausgewiesen?**

Ja Nein

**Wenn ja, bitte Nummer der Ausweisung des Arzneimittels für seltene Leiden angeben[[7]](#footnote-7):**

**D.2. Beschreibung des Prüfpräparats**

|  |
| --- |
| **Produktname, falls zutreffend[[8]](#footnote-8):**  **Produktcode, falls zutreffend[[9]](#footnote-9):**  **Bezeichnung jedes Wirkstoffes (INN-Internationaler Freiname oder vorgeschlagener INN, sofern vorhanden; bitte angeben, ob vorgeschlagener oder genehmigter INN):**  **Sonstige vorhandene Bezeichnungen für jeden Wirkstoff (CAS-Nr., aktuelle(r) Code(s) des Sponsors, sonstige beschreibende Bezeichnungen usw.: bitte alle zutreffenden Bezeichnungen angeben):**  **ATC-Code, sofern amtlich eingetragen[[10]](#footnote-10):**  **Darreichungsform (bitte Standardbezeichnungen verwenden):**  **Art der Verabreichung (bitte Standardbezeichnungen verwenden):**  **Stärke (geben Sie bitte alle Stärken an, die verwendet werden sollen):**   * Konzentration (Zahl): * Konzentrationseinheit: * Konzentrationsart (“genaue Anzahl”, “Bereich”, “mehr als” oder “bis zu”). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art des Präparats** | | |
| **Enthält das Prüfpräparat eine aktive Substanz (Wirkstoff):**   * chemischen Ursprungs? * biologischen/biotechnologischen Ursprungs[[11]](#footnote-11)10   **Handelt es sich um:**   * ein Präparat zur Zelltherapie[[12]](#footnote-12)10? * ein Präparat zur Gentherapie[[13]](#footnote-13)10? * ein Radiopharmakum? * ein Immunologikum (z. B. Vakzin, Allergen, Immunserum)[[14]](#footnote-14)10? * ein pflanzliches Arzneimittel? * ein homöopathisches Arzneimittel? * ein Präparat, das gentechnisch veränderte Organismen (GVO) enthält[[15]](#footnote-15)10? * Wenn ja, * wurde die Genehmigung zur Verwendung in geschlossenen Systemen oder zur Freisetzung in die Umwelt erteilt? * oder steht die Genehmigung noch aus? * Sonstiges Präparat? * Wenn ja, bitte angeben, welches: | ja  ja  ja  ja  ja  ja  ja ja  ja  ja  ja  ja  ja | nein  nein  nein  nein  nein  nein  nein  nein  nein  nein  nein  nein  nein |

**D.3. Biologisches/biotechnologisches Prüfpräparat, einschließlich Vakzine**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art des Präparats** | | |
| * Extraktstoff | ja | nein |
| * Rekombinant | ja | nein |
| * Vakzine | ja | nein |
| * GVO | ja | nein |
| * Plasmaderivate | ja | nein |
| * Sonstige   Wenn Sonstige, bitte angeben, welche: | ja | nein |

**D.4. Prüfpräparate zur somatischen Zelltherapie (keine genetische modifikation)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ursprung der Zellen** | | |
| - autolog | ja | nein |
| - allogen | ja | nein |
| - xenogen  - wenn ja, bitte Ursprungsarten angeben: | ja | nein |
|  |  |  |
| **Zellarten** | | |
| Stammzellen | ja | nein |
| Differenzierte Zellen  Wenn ja, bitte Zellart angeben (z. B. Keratinozyten, Fibroblasten, Chondro-zyten usw.): | ja | nein |
| Sonstige:  Wenn Sonstige, bitte angeben, welche: | ja | nein |

**D.5. Prüfpräparate zur Gentherapie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Betroffenes Gen/betroffene Gene:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **In-vivo-Gentherapie:** | |  | | | **Ex-vivo-Gentherapie**: |  | |
|  | | | |  | | | |
| **Art des Gentransfer-Arzneimittels** | | | | | | | |
| - Nukleinsäure (z. B. Plasmid):  Wenn ja, bitte angeben | | | | | | ja nein | |
| - ob unverpackt: | | | | | | ja nein | |
| - oder komplexiert: | | | | | | ja nein | |
| - Viraler Vektor:  Wenn ja, bitte Typ angeben: Adenovirus, Retrovirus, Adeno-assoziierte Viren (AAV), usw.: | | | | | | ja nein | |
| - Sonstige:  Wenn Sonstige, bitte angeben, welche: | | | | | | ja nein | |
|  | | | | |  | | |
| **Genetisch veränderte Zellen:** | | |  | | | ja nein | |
| Wenn ja, bitte angeben: | | | | | | | |
| - Ursprung der Zellen: | | | | | | | |
| - autolog: | | | | | | ja nein | |
| - allogen: | | | | | | ja nein | |
| - xenogen: | | | | | | ja nein | |
| - wenn ja, bitte Ursprungsarten angeben: | | | | | | | |
| * Zellarten (hämatopoietische Stammzellen  usw.): | | | | | | | |

**E. Angaben zum Placebo** (sofern zutreffend) (erforderlichenfalls wiederholen)

|  |
| --- |
| Angaben zu Placebo: (…………)  Für welches Prüfpräparat wird es als Placebo verwendet? Nummer(n) der Prüfsubstanz aus D angeben  Darreichungsform:  Art der Anwendung:  Zusammensetzung, mit Ausnahme der Wirkstoffe:   * Ist es ansonsten mit dem zu testenden Prüfpräparat identisch? ja nein * Ist es ansonsten mit dem Vergleichspräparat identisch? ja nein * Wenn nein, bitte die wichtigsten Bestandteile angeben: |

**F. Genehmigte Prüfstelle, die in der Gemeinschaft für die Freigabe des Prüfpräparats innerhalb der Gemeinschaft verantwortlich ist**

*Dieser Abschnitt bezieht sich auf* ***Fertig-****Prüfpräparate, d. h. Präparate, die zum Zweck der klinischen Prüfung randomisiert, verpackt, etikettiert oder freigegeben wurden. Diese Angaben sind bei mehreren Prüfstellen gegebenenfalls zu wiederholen. Im Fall mehrerer Prüfstellen ist das von jeder Prüfstelle freigegebene Präparat anzugeben.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wer ist in der Gemeinschaft für die Freigabe des Fertig-Prüfpräparats verantwortlich (bitte das zutreffende Kästchen ankreuzen): Diese Prüfstelle ist verantwortlich für die Freigabe von (bitte Nummer(n) des betreffenden Prüfpräparats aus Abschnitt D sowie die Nummer für Placebos aus Abschnitt E angeben): …………… | | |
| - Hersteller  - Importeur  - sowohl Hersteller als auch Importeur |  |  |
| - Name der Organisation:  - Anschrift: |  |  |
| - Bitte Nummer der Herstellungs- oder Einfuhrerlaubnis angeben:  Wenn keine Erlaubnis vorliegt, bitte die Gründe angeben:  - Wurde die Prüfstelle von EU-Behörden inspiziert?  Wenn ja, Datum der letzten Inspektion angeben: | Ja | nein |

**G. Allgemeine angaben zu der klinischen Prüfung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Medizinischer Zustand oder Erkrankung, der/die untersucht wird** | |
| Bitte medizinischen Zustand angeben (freier Text):  Klassifikationscode ICD10[[16]](#footnote-16)11:  Klassifikationscode MedDRA[[17]](#footnote-17): | |
| Ist dies ein seltenes Leiden[[18]](#footnote-18)12? | Ja nein |

|  |
| --- |
| **Ziel der klinischen Prüfung** |
| Hauptziel: |
| Nebenziele: |

|  |
| --- |
| **Haupteinschlusskriterien** *(bitte die wichtigsten Einschlusskriterien aufzählen)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Hauptausschlusskriterien** *(bitte die wichtigsten Ausschlusskriterien aufzählen)* |
|  |
|  |
| **Primärer Endpunkt/primäre Endpunkte:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geltungsbereich der klinischen Prüfung –** alle zutreffenden Kästchen ankreuzen | |
| * Diagnose * Prophylaxe * Therapie * Sicherheit * Wirksamkeit * Pharmakokinetik * Pharmakodynamik * Bioäquivalenz * Dosis-Wirkung-Beziehung * Pharmakogenomik * Pharmakoökonomie * Sonstige   Wenn Sonstige, bitte angeben, welche: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Art der klinischen Prüfung[[19]](#footnote-19)13 und Prüfphase** | | | | | | | | | |
| Humanpharmakologisch  (Phase I)  Handelt es sich um:  erstmalige Verabreichung an Menschen  Bioäquivalenzstudie  Sonstige: bitte nähere Angaben: | | | Therapeutisch-exploratorisch  (Phase II) | | | Therapeutisch-konfirmatorisch  (Phase III) | | Anwendungs-bezogen  (Phase IV) | |
|  | | | | | |  | | | |
| **Art der Durchführung der klinischen Prüfung** | | | | | |  | | | |
| randomisiert:  kontrolliert: | | ja nein  ja nein | | • Wenn ja, bitte angeben:  offen:  einfachblind:  mit Parallelgruppen:  Sonstige: | | ja nein  ja nein  ja nein  ja nein | doppelblind:  cross-over:  wenn ja, bitte nähere Angaben: | | ja nein  ja nein |
|  |  | | | • Angabe des Vergleichspräparats: | | | | | |
|  |  | | | * Ein anderes Präparat/andere Präparate | | | | | ja nein |
|  |  | | | * Placebo | | | | | ja nein |
|  |  | | | * Sonstige | | | | | ja nein |
|  |  | | | Wenn ja, bitte angeben, welche: | | | | | |
| Einzelne Prüfstelle (siehe auch Abschnitt I): | | | | | ja nein | | | | |
| Mehrere Prüfstellen (siehe auch Abschnitt I): | | | | | ja nein | | | | |
| Mehrere Mitgliedstaaten: | | | | | ja nein | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| Umfasst diese Prüfung auch Drittländer? | | | | | ja nein | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maximale Behandlungsdauer eines Prüfungsteilnehmers gemäß Prüfplan:**  **Zugelassene Höchstdosis (bitte angeben: pro Tag oder insgesamt):** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Definition des Endes der klinischen Prüfung und Begründung, wenn dies nicht der letzte Besuch des letzten Prüfungsteilnehmers ist:[[20]](#footnote-20)14**  **Anfangsschätzung der Dauer der klinischen Prüfung (Jahr(e) und Monate)**  **im betroffenen Mitgliedsland [[21]](#footnote-21)15: Jahr(e) Monate**  in allen Ländern in denen die Studie durchgeführt wird **Jahr(e) Monate** | | | | | | | |

**H. Population der Prüfungsteilnehmer**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alter** | | | | | | |
| Altersspanne | | Unter 18 Jahren. Wenn ja, bitte angeben: | Erwachsene(r) | | Ältere Person | |
|  | | Im Uterus  Frühgeburten (bis zur 37. Schwangerschaftswoche)  Neugeborene (0–27 Tage)  Säuglinge und Kleinkinder (28 Tage – 23 Monate)  Kinder (2–11 Jahre)  Jugendliche (12–17 Jahre) | (18–65 Jahre) | | (> 65 Jahre) | |
| **Geschlecht** | | | | | | |
| Weiblich | | Männlich |  | |  | |
|  | | | | | | |
| Population der Prüfungsteilnehmer | | | | | | | |
| Gesunde Probanden | | | ja | | nein | |
| Patienten | | | ja | | nein | |
| Besonders sensible Populationen  - gebärfähige Frauen  - schwangere Frauen | | | ja  ja | | nein  nein | |
| - stillende Frauen | | | ja | | nein | |
| - Patienten in Notfallsituationen | | | ja | | nein | |
| - nicht-einwilligungsfähige Probanden/Patienten | | | ja | | nein | |
|  | | | Wenn ja, bitte angeben, welche: | | | |
| - Sonstige: | | | ja | | nein | |
|  | | | Wenn ja, bitte angeben, welche: | | | |

|  |
| --- |
| **Geplante Anzahl der einzuschließenden Prüfungsteilnehmer:** |
| * in dem Mietgliedstaat:   für Multinationale Studien:   * in der Europäischen Gemeinschaft: * in der gesamten klinischen Prüfung: |
|  |
| **Pläne zur Behandlung oder Nachsorge der Prüfungsteilnehmer nach Beendigung der Teilnahme an der klinischen Prüfung[[22]](#footnote-22)16 (wenn verschieden von der erwarteten normalen Behandlung jener Krankheit):** |
| Bitte angeben, welche: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I. Vorgeschlagene Prüfstellen in dem von diesem Antrag betroffenen Mitgliedstaat | | | |
|  | | | |
| **II. Koordinierender Prüfer (*multizentrische Prüfung*) und Verantwortlicher Prüfer** (***monozentrische Prüfung*)** (siehe Bemerkungen in Abschnitt C2) | | | |
| Familien­name | Vorname | Qualifikation  (Arzt ……….) | Anschrift |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I2. Verantwortliche Prüfer *(multizentrische Prüfung; erforderlichenfalls weitere Formulare verwenden)*** | | | |
| Familien­name | Vorname | Qualifikation  (Arzt …….) | Anschrift der verantwortlichen Prüfstelle |

|  |
| --- |
| **I.3. Zentrale technische Einrichtungen für die Durchführung der klinischen Prüfung (Laboratorium oder andere technische Einrichtungen), in denen die Messung oder Einschätzung der wichtigsten Bewertungskriterien zentralisiert ist** (bei mehreren Organisationen gegebenenfalls wiederholen) |
| Organisation:  Name der Kontaktperson:  Anschrift:  Telefon:  Pflichten, die als Subauftrag übertragen wurden: |

|  |
| --- |
| **I.4. Einrichtungen denen der Sponsor Aufgaben und Funktionen bezüglich der klinischen Prüfung übertragen hat(bei mehreren Einrichtungen gegebenenfalls wiederholen)** |
| Hat der Sponsor wichtige oder alle prüfungsbezogenen Pflichten und Funktionen einer anderen Organisation oder einem Dritten übertragen?  ja nein |
| Wenn ja, bitte angeben:  Organisation:  Name der Kontaktperson:  Anschrift:  Telefon:  Pflichten/Funktionen, die als Subauftrag übertragen wurden: |

**J. Zuständige Behörde/Ethikkommission in dem von dem Antrag betroffenen Mitgliedstaat**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wenn dieser Antrag an die zuständige Behörde gerichtet wird, bitte das Kästchen der jeweiligen Ethikkommission ankreuzen und Angaben zu der betreffenden Ethikkommission machen und umgekehrt  **Zuständige Behörde**  **Ethikkommission** | | | | |
| **Name und Adresse**:  Einreichungsdatum: | | | | |
| Genehmigung/  Stellungnahme: | zu beantragen | anhängig | erteilt/abgegeben | |
| Wenn erteilt, bitte angeben: | Datum der Genehmigung/Stellungnahme: | | | |
|  | Genehmigung erteilt/befürwortende Stellungnahme: | | | |
|  | Genehmigung nicht erteilt/ablehnende Stellungnahme  Wenn nicht erteilt/ablehnend, bitte angeben:  - Gründe  - voraussichtliches Datum der erneuten Einreichung: | | | |

L. Unterschrift und Name des Antragstellers in dem Mitgliedstaat in Druckbuchstaben

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit bestätige ich/bestätige ich im Namen des Sponsors, dass (nicht Zutreffendes streichen)   * die vorstehend gemachten Angaben zu diesem Antrag richtig sind; * die klinische Prüfung gemäß Prüfplan, nationalem Recht und im Einklang mit den Grundsätzen für gute klinische Praxis durchgeführt wird; * ich die Durchführung der beantragten klinischen Prüfung für vertretbar halte; * ich der zuständigen Behörde und der betroffenen Ethikkommission innerhalb einer Frist von maximal einem Jahr nach Beendigung der Prüfung in allen Ländern eine Zusammenfassung des Abschlussberichts der klinischen Prüfung vorlege; * ich der zuständigen Behörde und betroffenen Ethikkommission so bald wie möglich das rechtswirksame Datum des Beginns[[23]](#footnote-23)18 der klinischen Prüfung mitteile. | |
| Antragsteller des Antrags bei der zuständigen Behörde (gemäß Angabe in Abschnitt C1): | Antragsteller des Antrags bei der Ethikkommission (gemäß Angabe in Abschnitt C2): |
| Datum:  Unterschrift:  Name in Druckbuchstaben | Datum:  Unterschrift:  Vorname |

1. Bitte Erhalt der Bestätigung der EudraCT-Nummer beifügen [↑](#footnote-ref-1)
2. Jede Übersetzung des Protokolls soll mit den selben Datum und Versionsnummer wie das Original versehen werden [↑](#footnote-ref-2)
3. International Standard Randomised Controlled trial number (Internationale Standardnummer der randomisierten kontrollierten klinischen Prüfung) [↑](#footnote-ref-3)
4. : gemäß Artikel 19 der Richtlinie 2001/20/EG [↑](#footnote-ref-4)
5. : Ein kommerzieller Sponsor ist eine Person oder Organisation, die die Verantwortung für eine klinische Prüfung trägt, welche zum Zeitpunkt der Antragstellung Bestandteil des Entwicklungsprogramms für eine Zulassung eines Arzneimittels ist. [↑](#footnote-ref-5)
6. Entsprechend der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation) [↑](#footnote-ref-6)
7. gemäß Gemeinschaftsregister für Arzneimittel für seltene Leiden (Verordnung (EG) Nr. 141/2000): http://pharmacos.eudra.org/F2/register/orphreg.htm [↑](#footnote-ref-7)
8. Wenn kein Handelsname existiert, ist dies der Name, den der Sponsor in der Regel für das Prüfpräparat in den Unterlagen der klinischen Prüfung (Prüfplan, Broschüre zur Prüferinformation …) benutzt. [↑](#footnote-ref-8)
9. Wenn kein Handelsname existiert, ist dies die Bezeichnung oder der Code, die bzw. der von dem Sponsor angegeben und von diesem in der Regel für das Prüfpräparat in den Unterlagen der klinischen Prüfung benutzt wird. Dieser Code wird u. U. bei Kombinationen von Arzneimitteln bzw. von Arzneimitteln und Geräten benutzt. [↑](#footnote-ref-9)
10. Gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation) [↑](#footnote-ref-10)
11. 10 Bitte auch die Abschnitte D3, D4 oder D5 ausfüllen. [↑](#footnote-ref-11)
12. [↑](#footnote-ref-12)
13. [↑](#footnote-ref-13)
14. [↑](#footnote-ref-14)
15. [↑](#footnote-ref-15)
16. 11 Quelle: Weltgesundheitsorganisation [↑](#footnote-ref-16)
17. Die Angaben zu ICD oder MedDRA Klassifizierung sind optional. Stehen beide Klassifizierungen zur Verfügung, sollte nur eine benutzt werden, wobei die Antragsteller vorzugsweise die Klassifizierung nach MedDRA angeben sollten. [↑](#footnote-ref-17)
18. 12 Punkte, die bei Berechnung und Meldung der Prävalenz einer Erkrankung zum Zweck der Ausweisung als Arzneimittel für seltene Leiden zu berücksichtigen sind: KOM/436/01 (www.emea.eu.int/htms/human/comp/orphaapp.htm) [↑](#footnote-ref-18)
19. 13 gemäß Seite 5 des Leitfadens CPMP/ICH/291/95 der Gemeinschaft [↑](#footnote-ref-19)
20. 14 falls nicht im Prüfplan angegeben [↑](#footnote-ref-20)
21. 15 von dem 1. Einschluss bis zu dem letzten Besuch des letzten Prüfungsteilnehmers [↑](#footnote-ref-21)
22. 16 wenn nicht bereits in dem Prüfplan angegeben [↑](#footnote-ref-22)
23. 18 Einschluss des ersten Patienten in dem Mitgliedstaat (der Einschluss beginnt mit der Unterschrift der Einverständniserklärung des Prüfungsteilnehmers nach entsprechender Aufklärung) [↑](#footnote-ref-23)