

Sponsor & Protocol

Visit Name

SITE NUMBER siteid <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER subjid <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> first middle last	
--	---	---	--

DEMOGRAPHICS **DM**

Date of Birth

brthdtc								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y

Gender

sex

Male
 Female

race

Ethnicity / Race *(check one)*

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Hispanic or Latino
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- White or Caucasian
- Other, specify: _____

For monitor use only:

Sponsor & Protocol

Visit Name

Site Number <input type="text" value="siteid"/>	Subject Number <input type="text" value="subjid"/>	Subject Initials <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																					
SUBJECT HISTORY																							
Alcohol Use <input type="text" value="sctestcd=ALCOHOL"/>	Never Consumed <input type="checkbox"/> Previously Consumed <input type="checkbox"/> Currently Consumes <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="scorres=NEVER"/> <input type="text" value="scorres=PREVIOUS"/> <input type="text" value="scorres=CURRENT"/>																					
Tobacco Use <input type="text" value="sctestcd=TOBACCO"/>	Never Consumed <input type="checkbox"/> Previously Consumed <input type="checkbox"/> Currently Consumes <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="scorres=NEVER"/> <input type="text" value="scorres=PREVIOUS"/> <input type="text" value="scorres=CURRENT"/>																					
Date Diagnosed as Hypertensive <input type="text" value="sctestcd=HYPERTENSIVE"/>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td></td> </tr> </table> <input type="text" value="scorres"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y															

SITE NUMBER <input type="text" value="siteid"/> <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER <input type="text" value="subjid"/> <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> first middle last	
--	---	---	--

MEDICAL HISTORY

None - OR - complete below.

Record conditions and/or procedures that are abnormal, clinically significant.

	List Condition or Procedure <i>(record one per line)</i> Be as specific as possible, for example: Cramps = NOT SPECIFIC Leg Cramps = SPECIFIC	Onset <i>(complete one)</i>	Resolution <i>(complete one)</i>
		Year of Onset/ Procedure	Year of Resolution
1.	<input type="text" value="mhseq"/> <input type="text" value="mhterm"/> <input type="text" value="[mhdecod=pterm]"/> <input type="text" value="[mhbodsys=soc]"/>	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="text" value="mhstdtc"/>	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="text" value="mhendtc"/> <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing
2.		<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing
3.		<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing
4.		<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing
5.		<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing
6.		<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing
7.		<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing
8.		<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="text"/> Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Ongoing

For monitor use only:

Draft 1
25Jun2007

12345

Is this the last Medical History page? Yes No

Sponsor & Protocol

Visit Name

SITE NUMBER <input type="text" value="siteid"/> <input type="text"/>		SUBJECT NUMBER <input type="text" value="subjid"/> <input type="text"/>		SUBJECT INITIALS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>first middle last</small>	
VITAL SIGNS <input type="text" value="VS"/>					
Date performed:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	
				<input type="text" value="vsdtc"/>	
				<input type="text" value="vsorres={result}"/>	
				<input type="text" value="vsorresu={units}"/>	
Blood Pressure systolic diastolic <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg <input type="text" value="vstestcd=SBP"/> <input type="text" value="vstestcd=DBP"/>		Heart Rate beats per minute <input type="text"/> <input type="text" value="vstestcd=PULSE"/>		Respiration Rate breaths per minute <input type="text"/> <input type="text" value="vstestcd=RESP"/>	
temperature <input type="text"/> . <input type="text"/> °C <input type="text" value="vstestcd=TMP"/>		Weight <input type="text"/> . <input type="text"/> kg <input type="text" value="vstestcd=WGT"/>		Height <input type="text"/> . <input type="text"/> cm <input type="text" value="vstestcd=HGT"/>	
BMI: <input type="text"/> . <input type="text"/> m ² <input type="text" value="vstestcd=BMI"/>					

For monitor use only:

Sponsor & Protocol

Visit Name

SITE NUMBER <input type="text" value="siteid"/> <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER <input type="text" value="subjid"/> <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> <small>first middle last</small>	
--	---	--	--

SERUM CHEMISTRY

⁹⁶ Not Done
 Date collected: 2 0
Y Y Y Y

Time of collection: :
24 hour clock

Laboratory ID:

Parameter <input type="text" value="lbtst"/>	Not Done <input type="text" value="lbdtc"/> <input type="text" value="lbdstat"/>	Result <input type="text" value="lborres"/>	Units <input type="text" value="lborresu"/>	Specify if Different <input type="text" value="lborresu"/>	Clinically Significant?	
					CS*	NCS
Glucose	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood Urea Nitrogen	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creatinine	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chloride	<input type="checkbox"/>		mEq/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodium	<input type="checkbox"/>		mEq/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potassium	<input type="checkbox"/>		mEq/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcium	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total Bilirubin	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albumin	<input type="checkbox"/>		g/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LDH	<input type="checkbox"/>		U/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total Protein	<input type="checkbox"/>		g/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspartate Aminotransferase	<input type="checkbox"/>		U/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alanine Aminotransferase	<input type="checkbox"/>		U/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkaline Phosphatase	<input type="checkbox"/>		U/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicarbonate	<input type="checkbox"/>		mEq/L		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnesium	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phosphorus	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uric Acid	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total Cholesterol	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HDL	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LDL	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triglycerides	<input type="checkbox"/>		mg/dL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Record Clinically Significant results on the Adverse Event page.

For monitor use only:

Draft 1
25Jun2007

Sponsor & Protocol

Visit Name

SITE NUMBER <input type="text" value="siteid"/> <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER <input type="text" value="subjid"/> <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> <small>first middle last</small>	
--	---	--	--

HEMATOLOGY

 Not Done

Date collected:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				2	0				
				Y	Y	Y	Y		

Time of collection:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>24 hour clock</small>				

Laboratory ID:

Parameter	Not Done	Result	Units	Specify if Different	Clinically Significant?	
					CS*	NCS
<input type="text" value="lbtst"/>	<input type="text" value="lbstst"/>	<input type="text" value="lborres"/>	<input type="text" value="lborresu"/>	<input type="text" value="lborresu"/>		
Hemoglobin	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mg/dL		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
Hematocrit	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mg/dL		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
RBC	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mg/dL		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
Platelets	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mEq/L		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
WBC	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mEq/L		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
Neutrophils (%)	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mEq/L		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
Basophils (%)	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mg/dL		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
Eosinophils (%)	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mg/dL		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
Monocytes (%)	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		g/dL		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
Lymphocytes (%)	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		mg/dL		<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>

*Record Clinically Significant results on the Adverse Event page.

For monitor use only:

Sponsor & Protocol

Visit Name

SITE NUMBER siteid <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER subjid <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> <small>first middle last</small>	
---	--	--	--

COAGULATION

LB

lbcat=HEMA; lbscat=COAG

Not Done

lbdtc

Date collected:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>D</small>	<small>D</small>	<small>D</small>	<small>D</small>	<small>Y</small>	<small>Y</small>			<small>Y</small>	<small>Y</small>

Time of collection:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>24 hour clock</small>				

Laboratory ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

lbnam (decoded)

Parameter	Not Done	Result	Units	Clinically Significant?	
				CS*	NCS
lptest	lbstat	lborres	lborresu		
PT	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		seconds	<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>
PTT	<input type="checkbox"/> <small>98</small>		seconds	<input type="checkbox"/> <small>2</small>	<input type="checkbox"/> <small>3</small>

*Record Clinically Significant results on the Adverse Event page.

For monitor use only:

SITE NUMBER <input type="text" value="siteid"/> <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER <input type="text" value="subjid"/> <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> first middle last	
--	---	---	--

URINALYSIS

Not Done

Date of collection:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y

Time of collection:

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

24 hour clock

Laboratory ID:

Parameter <input type="text" value="lbtst"/>	Not Done <input type="text" value="lbtst"/>	Result <input type="text" value="lborres"/>	Clinically Significant?	
			CS*	NCS
pH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specific Gravity	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacteria	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epithelial Cells	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WBC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RBC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urobilinogen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Record Clinically Significant results on the Adverse Event page.

For monitor use only:

Sponsor & Protocol

Visit Name

Draft 1
25Jun2007

SITE NUMBER siteid <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	SUBJECT NUMBER subjid <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	SUBJECT INITIALS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">first</td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">middle</td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">last</td> </tr> </table>				first	middle	last	exdose=50*(dispensed-returned) exdoseu=mg exdosfrm=PILL
first	middle	last							

STUDY DRUG ADMINISTRATION EX

For monitor use only:

visitnum Visit Dispensed	exstdtc Date Dispensed	Number Dispensed	exendtc Date Returned	Number Returned	Compliance																								
Visit XX	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> %
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
Visit XX	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> %
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
Visit XX	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> %
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
Visit XX	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> %
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
Visit XX	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> %
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
Visit XX	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">0</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> <td style="text-align: center;">D D M M M Y Y Y Y</td> </tr> </table>					2	0			D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> %
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										
2	0																												
D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y	D D M M M Y Y Y Y																										

6

12345

Core Modules
2May2007

CRF

9

For monitor use only:

SITE NUMBER siteid <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER subjid <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>first middle last</small>	
---	--	--	--

END OF STUDY DS

epoch=FOLLOW-UP
dscat=DISPOSITION EVENT

Did subject complete study as per protocol? Yes No

dsdecod=COMPLETE;
dsterm=COMPLETE

Date of completion/withdrawal:
D D M M M Y Y Y Y
dsstdtc 2 0

Date of last dose:
D D M M M Y Y Y Y
 2 0

Primary reason for subject discontinuation/withdrawal:

dsdecod=DISCONTINUE

Adverse event (record on Adverse Event CRF) dsterm=ADVERSE EVENT

Lack of efficacy dsterm=EFFICACY

Lack of Compliance dsterm=COMPLIANCE

Subject or legal guardian withdrew consent dsterm=CONSENT

Protocol Violation, specify: _____ dsterm=PROTOCOL

Lost to follow-up dsterm=LOST TO FUP

Death Date of death:
D D M M M Y Y Y Y
 2 0 dsterm=DEATH

Other, specify: _____ dsterm=OTHER

INVESTIGATOR'S CERTIFICATION STATEMENT

I certify that I have reviewed the case report forms for this subject and verify to the best of my knowledge that the information contained herein is true, accurate, and complete.

dsdtc

Investigator's Signature: _____
D D M M M Y Y Y Y
 2 0

Sponsor & Protocol

Visit Name

Draft 1
25Jun2007

SITE NUMBER <input type="text" value="siteid"/> <input type="text"/>	SUBJECT NUMBER <input type="text" value="subjid"/> <input type="text"/>	SUBJECT INITIALS <input type="text"/> <input type="text"/>	
--	---	--	--

PRIOR AND CONCOMITANT MEDICATIONS

None - OR - Complete below for medications taken within XXX prior to screening through the end of the study.

For monitor use only:

	Drug Name (Trade or Generic) <input type="text" value="cmtrt"/> <input type="text" value="[CMDECOD]"/>	Dose <input type="text" value="cmdose"/>	Units <input type="text" value="cmdosu"/>	Frequency <input type="text" value="cmroute"/> <input type="text" value="cmdosfrq"/>	Route <input type="text" value="cmroute"/>	Indication If given for AE, enter exact term from AE page <input type="text" value="cmindc"/>	Start Date <input type="text" value="cmstdtc"/>	Stop Date <input type="text" value="cmendtc"/>
1.							<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>	<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>
							<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>	<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>
							<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>	<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>
							<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>	<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>
							<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>	<input type="text"/> <small>D D M M M Y Y Y Y</small> <input type="text"/>

11

Is this the last Con Med page? Yes No

12345

Core Modules
2May2007

CRF

11

Sponsor & Protocol

Visit Name

Draft 1
25Jun2007

SITE NUMBER <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="siteid"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	SUBJECT NUMBER <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="subjid"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	SUBJECT INITIALS <table style="width: 100%; border: 1px solid black; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>first</td> <td>middle</td> <td>last</td> </tr> </table>				first	middle	last	
first	middle	last							

ADVERSE EVENTS

None - OR - record AEs occurring from XXX through XXX.

If 2, complete
Con Med CRF

Adverse Event (Record diagnosis in Standard Medical Terminology) (Record One Event Per Line) Be as specific as possible, for example: Cramps = NOT SPECIFIC Muscle Cramps = SPECIFIC	Start Date <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="aestdtc"/>	Stop Date <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="aeendtc"/> Check if continuing at end of study or last contact with patient.	Serious 1=Yes 2=No	Intensity 1=Mild 2=Moderate 3=Severe	Relationship to Study Drug 1=Unlikely 2=Possible 3=Probable	Study Treatment Action Taken 1=None 2=Interrupted 3=Reduced 4=Discontinued	Other Action Taken (check all that apply) 1=None 2=Medication given 3=Hospitalization 4=Non-drug treatment 5=Other, specify below	Outcome 1=Resolved with sequelae 2=Resolved 3=Stabilized 4=Unknown 5=Ongoing																																																	
1. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="aeterm"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="[aedecod=pterm]"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="[aebodsys=soc]"/>	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> OR <input type="checkbox"/> Ongoing													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
2.	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> OR <input type="checkbox"/> Ongoing													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
3.	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> OR <input type="checkbox"/> Ongoing													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
4.	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> OR <input type="checkbox"/> Ongoing													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
5.	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> OR <input type="checkbox"/> Ongoing													D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														
D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y																																														

Is this the last AE page? Yes No

12345

For monitor use only:

12