石家庄市人民医院药物临床试验专用处方

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究专业： |  | 门诊/住院病历号： |  |
| 受试者姓名： |  | 性别： |  | 年龄： |  | 筛选号/随机号： |  |
| 项目名称： |  | 申办方： |  |

RP:

药物名称/编号 用法用量 数量 批号 有效期

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究医生： |  | 药物管理员：（发药） |  | 请领者：（核对） |  |
| 日期： |  | 日期： |  | 日期： |  |
| 请研究者注意交代受试者在效期内使用药物；此处方供研究专业存档 |
| 临床试验药物仅供本临床试验专用，严禁销售；用完后请将剩余药物和空包装退回 |