南阳市第一人民医院

**药物临床试验专用处方笺**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称/方案号: |  | | | | | | | | | | |
| 科别: | | |  | | | | | 住院/门诊号: | |  | |
| 姓名: | | |  | | 性别: | |  | 年龄: | |  | |
| 受试者筛选号： | | |  | | 队列： | |  | 访视周期: | |  | |
| 临床诊断: |  | | | | | | | | | | |
| **Rp:** | \*\*药品（药品名称）  规格：\*\*mg/片，\*\*片/盒  数量：\*\*盒  用法：每日\*次，每次\*片，口服 | | | | | | | | | | |
| **药品编号:** |  | | | | | | | | | | |
| 授权医师： | |  | |  | |  | | | 日期： | |  | |

发药人： 日期：

核对人： 日期：

受试者（限门诊）： 日期：

注：1.加盖项目章有效。2.核对人：可由授权CRC或研究护士核对无误后签字。3.经随机系统发放的药品编号由研究者填写，其他情况可由药品管理员填写药品编号。4.受试者（限门诊）处仅限门诊受试者填写。