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。