**临床试验用药品交接表（专业药房模式）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 临床试验项目名称： | | | |
| 申办者（单位名称）： | | | |
| 主要研究者： | | | |
| 研究专业组： | | | |
| 药物名称 |  |  |  |
| 剂型 |  |  |  |
| 规格 |  |  |  |
| 药物编号 |  |  |  |
| 数量 |  |  |  |
| 批号 |  |  |  |
| 有效期 |  |  |  |
| 保存条件 |  |  |  |
| 备注 |  |  |  |

**其它检查内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床试验用药品及相关物品检查 | | 是 | 否 | 不适用 |
| 1 | 包装与标签是否妥当（包装完整、标签清晰可辨） | □ | □ | □ |
| 2 | 是否标明为“临床试验专用” | □ | □ | □ |
| 3 | 是否具有试验用药品的质量检验报告 | □ | □ | □ |
| 4 | 试验用药品信息与药检报告描述一致 | □ | □ | □ |
| 5 | 运输过程中的条件是否与贮存条件相符 | □ | □ | □ |
| 6 | 应急信件的设计和包装是否妥当 | □ | □ | □ |
| □发货人 □送货人  发/送货人签名： | | □发货人 □送货人  发/送货日期： | | |
| 机构药品管理员签名： | | 接收日期： | | |
| 专业药品管理员签名： | | 专业接收日期： | | |