**临床试验用药品交接表（机构药房模式）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试验项目名称 |  | | | | 项目编号 |  | 期别： 期 |
| 主要研究者 |  | | | 科室 | |  | |
| **药物名称** | **药物编号** | **剂型** | **规格** | **数量** | **批号** | **有效期至** | **储存条件** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 运输过程中的温湿度记录： £无 £有 （请保留有关温度记录的复印件） | | | | | | | |
| 运输过程中是否有超温、超湿现象：£无 £有 （请记录超温时间段： 处理： ） | | | | | | | |
| 药物接收时的状态是否符合要求（如：外包装/药物有无损坏、标签信息是否完整、是否标明“临床试验专用”等）：□是 □否（备注及处置： ） | | | | | | | |
| 接收药物信息是否与药检报告信息一致：□是 □否（备注及处置： ） | | | | | | | |
| 应急信件的设计和包装是否妥当，编号是否一致：□是 □否 □NA（备注及置： ） | | | | | | | |
| 药物存放柜编号： | |  | | 存放层： | |  | |
| 项目药品管理员： | （签名） | | 日期： | 年 月 日 | 联系方式： |  | |
| 机构药品管理员： | （签名） | | 日期： | 年 月 日 | 联系方式： |  | |
| 备注： |  | | | | | | |