**试验用药品贮存发放领取沟通记录表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 申办方 |  | | | | |
| CRO公司 |  | | | | |
| SMO公司 |  | | | | |
| 承担专业组 |  | 主要研究者 | | |  |
| **试验用药品相关信息** | | | | | |
| 试验用药品名称 | 研究药物： | 储存温度要求 | | |  |
| 对照药物： | 储存温度要求 | | |  |
| 基础用药： | 储存温度要求 | | |  |
| 补救药物： | 储存温度要求 | | |  |
| 试验用药品对湿度有无要求 | □无  □有：具体描述： | 试验用药品是否需要避光 | | | □无  □有：具体描述： |
| 给药方式 |  | | | | |
| 给药间隔 |  | | | | |
| 受试者人群 | □门诊患者 □住院患者 □急诊患者 □透析患者 | | | | |
| **试验用药品贮存发放沟通记录** | | | | | |
| 贮存地点 | □科研药房 □专业组 | | | | |
| 是否需要专业组暂存药物 | □否 □是：请继续填写 | | | | |
| 暂存地点： | | | 暂存时间： | |
| 暂存温控要求： | | | | |
| 专业组授权药物管理员姓名： | | | | |
| 试验用药品储存、领取沟通记录 |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 主要研究者： | | | 日期： | | |
| 项目经理： | | | 日期： | | |
| 机构药物管理员： | | | 日期： | | |
| 机构办主任： | | | 日期： | | |