

文件编号：SLYJ-Form-018-07

临床试验用药品专用处方

日期： 年 月 日

试验参与者信息

姓名		试验参与者编号		性别		年龄		就诊科室	
----	--	---------	--	----	--	----	--	------	--

诊断信息

--

试验用药品信息

<u>试验用药品名称及规格</u>	<u>方案编号</u>	<u>试验用药品编号</u>	<u>发放数量</u>	<u>用法用量</u>
名称： 规格：				

医生签字：

药师签字：

研究人员填写“试验用药品领用单”后送至临床试验机构药房，方可领取试验用药品；回收试验用药品时，请将试验用药品送至临床试验机构药房处。

生效日期：2026.03.05

保密

版本号：02