**药物临床试验（GCP）试验用药品专用处方**

**处方编号：**

|  |
| --- |
| 药物临床试验项目名称： |
| 申办者名称： |
| 科室： 住院号/门诊号：  受试者编号： 受试者姓名： 性 别：□男 □女 年 龄： 岁   * 随机号 / □ 药物编号： 临床诊断： |
| **R：**  试验用药品名称、剂量、规格、用法、用量  处方医师： （签名） 日期： 年 月 日  发药人： （签名） 日期： 年 月 日  领药人： （签名） 日期： 年 月 日 |

注明：处方由有处方权的研究医生开具，处方当日有效！