**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！