

Farmacia P.O. _____

ACCETTAZIONE CAMPIONI DESTINATI A SPERIMENTAZIONE CLINICA

Data ricezione	_____
n. colli	_____
Protocollo di studio	_____
Farmaco / trattamento in studio	_____
Sperimentatore	_____
U.O. / Servizio	_____
Sponsor	_____
Delibera del D.G.	_____
Contattato lo sperimentatore il	_____

CAMPIONE 1

Forma Farmaceutica	_____	Dislocazione	_____
Lotto	_____	Temper. di conservazione	_____
Data scadenza	_____	Trattamenti n.	_____
Numero di confezioni	_____	Per pazienti n.	_____
n. unità/confezione	_____	NOTE	_____

CAMPIONE 2

Forma Farmaceutica	_____	Dislocazione	_____
Lotto	_____	Temper. di conservazione	_____
Data scadenza	_____	Trattamenti n.	_____
Numero di confezioni	_____	Per pazienti n.	_____
n. unità/confezione	_____	NOTE	_____

CAMPIONE 3

Forma Farmaceutica	_____	Dislocazione	_____
Lotto	_____	Temper. di conservazione	_____
Data scadenza	_____	Trattamenti n.	_____
Numero di confezioni	_____	Per pazienti n.	_____
n. unità/confezione	_____	NOTE	_____

Allegati: documento di trasporto
Certificato di analisi

Timbro e firma del Farmacista Responsabile

Timbro e firma dello sperimentatore (per presa visione e conoscenza)