**中心间试验药物转出/入登记**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 申办方 |  | □本中心转出 □外中心转入 | |
| 转出中心名称及编号 |  | 承担科室及PI |  | 转出中心药物管理负责人 |  |
| 转入中心名称及编号 |  | 承担科室及PI |  | 转入中心药物管理负责人 |  |
| 转运方式 |  | 转运方式是否符合要求 | □是 □否 | 转运现场负责人 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药物名称 | 研究中心收到数量（瓶） | 药物号 | | 药物规格 | 有效期 | 生产批号 | 储存条件 | 药检报告 | 研究专用  标签 | 包装完好 | 出入库及温控证明 |
|  |  |  | |  |  |  |  | □有 □无 | □有 □无 | □是 □否 | □有 □无 |
|  |  |  | |  |  |  |  | □有 □无 | □有 □无 | □是 □否 | □有 □无 |
|  |  |  | |  |  |  |  | □有 □无 | □有 □无 | □是 □否 | □有 □无 |
|  |  |  | |  |  |  |  | □有 □无 | □有 □无 | □是 □否 | □有 □无 |
| 转出中心负责人签名及日期 | | |  | | | 转运负责人签名及日期 | | |  | | |
| 接收中心负责人签名及日期 | | | 我确认接收的试验药物数量及信息完全一致。 | | | | | | | | |

※注：此表格三方签字完成后原件须交至湖南省人民医院GCP办公室，归档于项目药物管理文件夹。