

**REJESTR PRODUKTÓW LECZNICZYCH DO BADAŃ KLINICZNYCH  
APTEKA SZPITALNA**

Wypełnia badacz

L.p.	Nazwa i numer protokołu	
2	Faza badania	
3	Numer w ewidencji szpitalnej ( <i>wypełnia Sekcja ds. organizacyjnych</i> )	
4	Sponsor badania	
5	Główny badacz	
6	Nazwa substancji czynnej w badaniu	
10	Jakie inne leki wymagane są w badaniu?	
11	Postać leku (tabletki, liofilizat itp.) lub wyrób medyczny	
12	Warunki przechowywania leku	
13	Czy lek wymaga przygotowania w aptece	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14.	Dla jakiego pacjenta lub grupy pacjentów, produkt leczniczy jest przeznaczony.	
14	Uwagi	

Data i podpis badacza.....

Wypełnia Apteka Szpitala

Przyjęcie produktu leczniczego na stan Apteki dnia .....

Nazwa przyjętego produktu leczniczego	Ilość/liczba szt., opakowań itp.	Podpis pracownika Apteki/ osoby przyjmującej produkt leczniczy	Uwagi

**Wydanie produktu leczniczego:**

Potwierdzam odbiór produktu leczniczego: ..... ..... <i>nazwa produktu, ilość/liczba szt.</i>	..... <i>Data i podpis osoby odbierającej (gł. badacz, członek zespołu badawczego)*</i> <i>*niepotrzebne skreślić</i>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------