|  |  |
| --- | --- |
| 研究项目名称 |  |
| 方案编号 |  | 申办方 |  |
| PI/Sub I |  | 科 室 |  |
| 药品管理员姓名 |  | 职 务 |  |
| 试验进行情况 | □试验开始前 □试验进行中 □试验结束 |
| 监查内容 | 结 果 |
| 药品保管是否符合保存条件 |  |
| 药品管理记录是否完整 |  |
| 药品数量是否正确 |  |
| 用药处方是否齐全 |  |
| 其他 |  |
| 病区药物管理员签字 |  | GCP监查人员签字 |  | 日期 |  |

**病区二级库药物管理监查记录**