



AOUP

Sperimentazione Clinica NO PROFIT



RICHIESTA FARMACO SPERIMENTALE ALLA FARMACIA

FARMACO:

Dosaggio:..... Forma Farmaceutica:.....

Quantità complessiva per lo studio (in unità posologiche):.....

Prima assegnazione prevista per:/...../.....

Data di ultima inclusione prevista:/...../.....

N° STUDIO:..... Codice protocollo:.....

RESPONSABILE DELLO STUDIO:..... Unità Operativa:.....

Firma:.....

RICHIESTA FARMACO

Quantità richiesta: Data:/...../.....

Firma e timbro dello sperimentatore richiedente:.....

CONSEGNA FARMACO

Quantità consegnata: Data:/...../.....

Firma e timbro del farmacista:.....