



AOUP
Sperimentazione Clinica NO PROFIT



RESTITUZIONE FARMACO SPERIMENTALE ALLA FARMACIA

Unità Operativa:.....
N° STUDIO :..... Codice protocollo:.....

FARMACO RESTITUITO
Nome:.....
Quantità (in unità posologiche):.....
Lotto:.....

Si invia al Servizio di farmacia il farmaco su indicato per la seguente motivazione:

- () farmaco scaduto
- () farmaco danneggiato
- () studio completato

Si dichiara che il farmaco restituito alla farmacia è stato conservato correttamente

Il farmaco reso, insieme al farmaco usato, come indicato nelle schede di contabilità, coincide con il numero totale di prodotto inviato per lo studio Sì No

RESPONS. DELLO STUDIO/MEDICO SPERIM.:	Data:...../...../.....
Nome:.....	Firma:.....

FARMACISTA:	Data:...../...../.....
Nome:.....	Firma per ricevuta:.....