**试验用药品超温报告表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申办者 |  | | | |
| 试验名称 |  | | | |
| 中心编号 |  | | 中心名称 |  |
| 主要研究者 |  | | 方案编号 |  |
| 试验用药品名称 |  | | 试验用药品批号 |  |
| 试验用药品编号 |  | | 试验用药品数量 |  |
| 记录日期 |  | | 药品管理员签字 |  |
| 发生超温原因 |  | | | |
| 已采取措施 |  | | | |
| 超温情况 | 最高温度 |  | 超温出现时间及持续时间 |  |
| 最低温度 |  | 超温出现时间及持续时间 |  |
| 恢复设定温度范围时间及具体温度 | |  | |
| 以下申办方填写 | | | | |
| 是否继续使用 | 是□ 否□ | | | |
| 如继续使用，是否有稳定性报告 | 是□ 否□（原因：） | | | |
| 如不再使用，是否回收 | 是□ 否□（原因：） | | | |
| 申办者（盖章） |  | | | |
| 签名 |  | | 日期 |  |