**临床试验用医疗器械交接单**

试验名称：

申办单位：

C R O:

研究中心: 专业科室： 主要研究者：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 物资名称 | 数量 | 批次 | 收到 | 运输方式 | 开始时间 | 温度℃ | 到达时间 | 温度℃ | 备注 |
|  |  |  | 是 □ 否 □ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 是 □ 否 □ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 是 □ 否 □ |  |  |  |  |  |  |
| **声明：以上物资已检查完好、无误，验收。** |
| 递交人签字 |  | 日 期 |  | 接收人签字 |  | 日 期 |  |

**临床试验用医疗器械签收单**

申办方/CRO： 接收单位：

试验名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 型号 | 批号 | 序列号 | 送货数量 | 接收数量 | 有效期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

运送人： 接收人： 核对人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

时 间： 时 间： 时 间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **临床试验用医疗器械发放单**

试验编号： 所属专业： 主要研究者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

试验名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 型号 | 批号 | 序列号 | 有效期 | 领取数量 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

发放人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

核对人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

领取人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

领取时间：

 **临床试验用医疗器械使用申领单**

专业科室：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 主要研究者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

试验简称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受试者姓名 |  | 性别  | □男 □女  | 年龄 | \_\_\_\_\_\_\_岁 |
| 受试者编号 |  | 入组号/随机号 |  | 访视 | V\_\_\_\_\_\_ |
| 申领内容：注明：医疗器械名称、规格/型号、 数量/次数等 |
| 注意事项： |
| 研究者签字：  |  | 日期 |  |
| 器械管理员签字： |  | 日期 |  |

 **临床试验用医疗器械签收和发放单**

申办方/CRO： 接收单位：

试验名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 型号 | 批号 | 序列号 | 送货数量 | 接收数量 | 有效期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

运送人： GCP中心器械管理员： 项目器械管理员：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

时 间： 时 间： 时 间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_