

Stil Drug Accountability Formular

Studie: NHL 7-2008 (ML 01/05)

EudraCT Nr.: 2008-00

Zentrums-Nr: _____

Gelieferte Menge der jeweiligen Stärke und Stärke

Wenn es sich um eine Lieferung handelt, bitte hier ankreuzen

Ihr **GESAMT**restbestand an Prüfmedikation (nach Stärke)

Rituxi-
haltungstherapie

Datum	Menge [Stk]	Stärke oder Dosis [mg] ¹	Charge	Verfall	Lieferung?	Patienten-Nr./Code	Bestand 100 mg 500 mg [Stk]
28.02.2010	2	100	XYZ	Datum	X		
	1	500	XYZ	Datum	X		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>		

Hier tragen Sie das Datum der Lieferung ODER des Verbrauchs ein

Wenn Sie Prüfware verbrauchen, hier nichts ankreuzen

Patientennummer des Patienten für den die Medikation bestimmt ist, z. B. 74.008

¹ Wird das Medikament in verschiedenen Dosisstärken geliefert, bitte 2-zeilig dokumentieren. Bei Ausgabe oder Herstellung bitte verordnete Dosis eintragen.