|  |
| --- |
| **HIS溯源情况一览表** |
| **专业名称** |  | **PI** |  |
| **申办方** |  | **CRO** |  |
| **方案编号** |  | **试验编号** | **XXXX-XXXX** |
| **试验名称** |  |
| **本试验方案中规定的既往病史及既往用药记录期限1：** |
| **受试者筛选号及姓名缩写** | **门诊卡号及住院号2** | **ICF日期** | **入组日期** | **出组日期及原因** | **漏记AE及合并用药情况（若未补充请说明理由及处理措施 ）** |
| **诊断日期** | **疾病诊断** | **处方药物/治疗** | **用法用量及使用天数** | **是否为方案禁用药物/治疗** | **是否已补充在SD中** | **是否已记录在CRF中** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 溯源人员签字：  | 查询日期：  |
| 备注：1：按照方案要求填写2：若无住院号，使用NA代替 |  |