**Formulario de información de medicación de ensayo clínico para la firma del contrato entre promotor y CCSPT**

(En caso de existencia de más de un medicamento copiar la plantilla para cada uno de ellos)

**Título/código**:

**Fase clínica:**

**Entidad promotora:**

**[ ]  MEDICACIÓN EXPERIMENTAL**

**[ ]  MEDICACIÓN COMPARADORA**

**[ ]  MEDICACIÓN CONCOMITANTE O AUXILIAR**

* **Nombre del fármaco:**
* **Forma farmacéutica:**
* **Medicación aportada por el promotor:** [ ]  Sí [ ]  No

En caso de respuesta negativa indicar:

* Presupuesto específico para la compra del fármaco por el centro, a cargo del promotor: [ ]  Sí [ ]  No
* Prescripción por vías asistenciales: con receta para oficina de farmacia o dispensación en Farmacia Ambulatoria del Hospital: [ ]  Sí [ ]  No
* **Farmacia se encarga del control de stock y de realizar pedidos de medicación:** [ ]  Sí [ ]  No
* **Destrucción de la medicación:** [ ]  Servicio de Farmacia [ ]  Promotor
* **Es necesaria la preparación o acondicionamiento en el Servicio de Farmacia**: [ ]  Sí [ ]  No

En caso de respuesta afirmativa:

* Enmascaramiento (Farmacia no ciega): [ ]  Sí [ ]  No
* Estabilidad del fármaco una vez preparado:
* Especificar otras condiciones especiales de preparación:
* **Condiciones de conservación:**
	+ Temperatura ambiente [ ]  Sí [ ]  No
	+ Nevera (2-8ºC) [ ]  Sí [ ]  No
	+ Congelador -20ºC [ ]  Sí [ ]  No
	+ Otras (especificar):
* **Farmacia debe introducir datos en el CRD:** [ ]  Sí [ ]  No
* **Previsión de aporte de la medicación al finalizar el EC**:
	+ Se aportará la medicación a los pacientes hasta comercialización: [ ]  Sí [ ]  No
	+ Otros: