**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: