

表 1 临床试验用医疗器械退回登记表

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	回收数量	备注

退回人：_____

接收人：_____

核对人：_____

回收时间：_____

表 2 临床试验用医疗器械剩余回收单

专业科室：_____

主要研究者：_____

试验简称：_____

受试者姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄	_____岁
受试者编号		入组号/随机号		访视	V_____
1. 剩余、回收的医疗器械详细信息： 注明：.医疗器械名称、规格/型号、 数量等； 2. 如果包装需要回收，请详细列出需退回包装信息					
注意事项：					
退换人签字： 患者 <input type="checkbox"/> 家属 <input type="checkbox"/> 研究者 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____				日期	
接收人签字：				日期	

表 3 临床试验用医疗器械退回登记表（三方）

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	回收数量	备注

项目器械管理员：_____

机构器械管理员：_____

申办方/CRO 人员：_____

时 间：_____

时 间：_____

时 间：_____