**荆门市人民医院**

**临床试验（GCP）专用检验检查项目明细单**

|  |
| --- |
| 临床试验名称： 科室： 主要研究者： 受试者姓名： 性别：□男 □女 年龄： 岁 □门诊/□住院号： 临床诊断：  |
|
| **检验检查项目** |
| □血常规 | □尿常规 | □便常规 | □血生化 | □血HCG |
| □心电图 | □腹部B超 | □……. | □……. | □…… |
| □…… | □……. | □…… | □…… | □……. |
|  医师： XXX （签名） 日期： XXXX 年XX月XX日 |