

A1. Site/Study ID #: _____ / _____ A2. Discharge Date: _____ / _____ / _____
 Month Day Year

A3. Staff Initials: _____

To DCC

STEROID TRIAL ONLY – ENTER ON WEB IF TAPERING OR DISCONTINUATION INITIATED

SECTION B: RANITIDINE PRESCRIBED

	Total Daily Dose (tablets)	Start Date (mm/dd)	End Date (mm/dd)
B1.	ZPDB01TD V2(10)	ZPDB1SMM V2(2)/ ZPDB1SDD V2(2)/ ZPDB1SDT	ZPDB1EMM V2(2) /ZPDB1EDD V2(2)/ ZPDB1EDT
B2.	ZPDB02TD V2(10)	ZPDB2SMM V2(2)/ ZPDB2SDD V2(2)/ ZPDB2SDT	ZPDB2EMM V2(2) /ZPDB2EDD V2(2) / ZPDB2EDT
B3.	ZPDB03TD V2(10)	ZPDB3SMM V2(2)/ ZPDB3SDD V2(2)/ ZPDB3SDT	ZPDB3EMM V2(2) /ZPDB3EDD V2(2) / ZPDB3EDT
B4.	ZPDB04TD V2(10)	ZPDB4SMM V2(2)/ ZPDB4SDD V2(2)/ ZPDB4SDT	ZPDB4EMM V2(2) /ZPDB4EDD V2(2) / ZPDB4EDT
B5.	ZPDB05TD V2(10)	ZPDB5SMM V2(2)/ ZPDB5SDD V2(2)/ ZPDB5SDT	ZPDB5EMM V2(2) /ZPDB5EDD V2(2) / ZPDB5EDT
B6.	ZPDB06TD V2(10)	ZPDB6SMM V2(2)/ ZPDB6SDD V2(2)/ ZPDB6SDT	ZPDB6EMM V2(2) /ZPDB6EDD V2(2) / ZPDB6EDT

SECTION D: RANITIDINE DISPENSING AND COMPLIANCE

Item	Dispensed			Returned			80% Compliance
	Date (mm/dd)	Amt (tablets)	Initials	Date (mm/dd)	Amt (tablets)	Init	
a.	ZPDCADMM 2(2) ZPDCADDD 2(2)/ ZPDCADDTV2(2)//	ZPDADAMT V2(10)	ZPDADINI V2(10)	ZPDCARMM 2(2) ZPDCARDD 2(2)/ ZPDCARDTV2(2)//	ZPDARAMT V2(10)	ZPDARINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPDCACOM V2(2)2. <input type="checkbox"/> No
b.	ZPDCBDMM 2(2) ZPDCBDDD 2(2)/ ZPDCBDDTV2(2)	ZPDBDAMT V2(10)	ZPDBDINI V2(10)	ZPDCBRMM 2(2) ZPDCBRDD 2(2)/ ZPDCBRDTV2(2)//	ZPDBRAMT V2(10)	ZPDBRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPDCBCOM V2(2) V2(2)2. <input type="checkbox"/> No
c.	ZPDCCDMM 2(2) ZPCCDDDD 2(2)/ ZPCCDDDTV2(2)_	ZPDCDAMT V2(10)	ZPCCDINI V2(10)	ZPCCCRMM 2(2) ZPCCCRDD 2(2)/ ZPCCCRDTV2(2)//	ZPDCRAMT V2(10)	ZPDCRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPCCCOM V2(2) V2(2)2. <input type="checkbox"/> No
d.	ZPDCDDMM 2(2) ZPDCDDDD 2(2)/ ZPDCDDDTV2(2)_	ZPDDDAMT V2(10)	ZPDDDINI V2(10)	ZPDCDRMM 2(2) ZPDCDRDD 2(2)/ ZPDCDRDTV2(2)//	ZPDDRAMT V2(10)	ZPDDRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPDCDCOM V2(2)2. <input type="checkbox"/> No

A1. Site/Study ID #: _____ / _____ / _____ A2. Discharge Date: _____ / _____ / _____
 Month Day Year

A3. Staff Initials: _____

To DCC

e.	ZPDCEDMM 2(2) ZPDCEDDD 2(2)/ ZPDCEDDTV2(2)	ZPDEDAMT V2(10)	ZPDEDINI V2(10)	ZPDCERMM 2(2) ZPDCERDD 2(2)/ ZPDCERDTV2(2)//	ZPDERAMT V2(10)	ZPDERINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPDCECOM V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
----	--	--------------------	--------------------	--	--------------------	--------------------	---

COMMENTS – INSERT ITEM IDENTIFIER FROM TABLE ABOVE:

Item	Comment(s)
ZPDAITEM V2(10)	ZPDACOMM V2(300)
ZPDBITEM V2(10)	ZPDBCOMM V2(300)
ZPDCITEM V2(10)	ZPDCCOMM V2(300)
ZPDDITEM V2(10)	ZPDDCOMM V2(300)
ZPDEITEM V2(10)	ZPDECOMM V2(300)

SEND THE FIRST 2 PAGES OF THIS FORM TO THE DCC AS SOON AS THE TRIAL MEDICATION IS COMPLETED AND THE EMPTY VIALS RETURNED.

Investigator Signature: _____ ZPDINSIG V2(2) Date: _____ ZPDSIGMM V2(2)/ ZPDSIGDD V2(2)/ SPLDSIGYY V2(4)/ ZPDSIGDT
 Month Day Year

ZPDCMMNT V2(800) Comment