

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: ADEK PRESCRIBED

	Total Daily Dose (ml)	Start Date (mm/dd)	End Date (mm/dd)
B1.	ZPGB01TD V2(10)	ZPGB1SMM V2(2)/ ZPGB1SDD V2(2)/ ZPGB1SDT	ZPGB1EMM V2(2) /ZPGB1EDD V2(2)/ ZPGB1EDT
B2.	ZPGB02TD V2(10)	ZPGB2SMM V2(2)/ ZPGB2SDD V2(2)/ ZPGB2SDT	ZPGB2EMM V2(2) /ZPGB2EDD V2(2) / ZPGB2EDT
B3.	ZPGB03TD V2(10)	ZPGB3SMM V2(2)/ ZPGB3SDD V2(2)/ ZPGB3SDT	ZPGB3EMM V2(2) /ZPGB3EDD V2(2) / ZPGB3EDT
B4.	ZPGB04TD V2(10)	ZPGB4SMM V2(2)/ ZPGB4SDD V2(2)/ ZPGB4SDT	ZPGB4EMM V2(2) /ZPGB4EDD V2(2) / ZPGB4EDT
B5.	ZPGB05TD V2(10)	ZPGB5SMM V2(2)/ ZPGB5SDD V2(2)/ ZPGB5SDT	ZPGB5EMM V2(2) /ZPGB5EDD V2(2) / ZPGB5EDT

SECTION G: ADEK DISPENSING AND COMPLIANCE

Item	Dispensed			Returned			80% Compliance
	Date (mm/dd)	Amt (ml)	Initials	Date (mm/dd)	Amt (ml)	Init	
a.	ZPGCADMM 2(2) ZPGCADD 2(2)/ ZPGCADDTV2(2)//	ZPGADAMT V2(10)	ZPGADINI V2(10)	ZPGCARMM 2(2) ZPGCARD 2(2)/ ZPGCARDTV2(2)//	ZPGARAMT V2(10)	ZPGARINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPGCACOM V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
b.	ZPGCBDMM 2(2) ZPGCBDD 2(2)/ ZPGCBDDTV2(2)	ZPGBDAMT V2(10)	ZPGBDINI V2(10)	ZPGCBRMM 2(2) ZPGCBRD 2(2)/ ZPGCBRDTV2(2)//	ZPGBRAMT V2(10)	ZPGBRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPGBCOM V2(2) V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
c.	ZPGCCDMM 2(2) ZPGCCDD 2(2)/ ZPGCCDDTV2(2)_	ZPGCDAMT V2(10)	ZPGCDINI V2(10)	ZPGCCRMM 2(2) ZPGCCRDD 2(2)/ ZPGCCRDTV2(2)//	ZPGCRAMT V2(10)	ZPGCRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPGCCCOM V2(2) V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
d.	ZPGCDDMM 2(2) ZPGCDDDD 2(2)/ ZPGCDDDTV2(2)_	ZPGDDAMT V2(10)	ZPGDDINI V2(10)	ZPGCDRMM 2(2) ZPGCDRDD 2(2)/ ZPGCDRDTV2(2)//	ZPGDRAMT V2(10)	ZPGDRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPGCDCOM V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
e.	ZPGCEDMM 2(2) ZPGCEDDD 2(2)/ ZPGCEDDTV2(2)_	ZPGEDAMT V2(10)	ZPGEDINI V2(10)	ZPGCERMM 2(2) ZPGCERDD 2(2)/ ZPGCERDTV2(2)//	ZPGERAMT V2(10)	ZPGERINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPGCECOM V2(2) V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No

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

A3. Staff Initials: _____

To DCC

COMMENTS – INSERT ITEM IDENTIFIER FROM TABLE ABOVE:

Item	Comment(s)
ZPGAITEM V2(10)	ZPGACOMM V2(300)
ZPGBITEM V2(10)	ZPGBCOMM V2(300)
ZPGCITEM V2(10)	ZPGCCOMM V2(300)
ZPGDITEM V2(10)	ZPGDCOMM V2(300)
ZPGEITEM V2(10)	ZPGECOMM V2(300)

SEND THIS PAGE TO THE DCC WHEN ADEK IS STOPPED AND THE LAST VIAL IS RETURNED.

Investigator Signature: ZPGINSIG V2(2) Date: ZPGSIGMM V2(2)/ ZPGSIGDD V2(2)/ SPLDSIGYY V2(4)/ ZPGSIGDT
Month Day Year

ZPGCMMNT V2(800) Comment