

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: VITAMIN K PRESCRIBED

	Total Daily Dose	Start Date (mm/dd)	End Date (mm/dd)
B1	ZPHB01TD V2(10) ml	ZPHB1SMM V2(2)/ ZPHB1SDD V2(2)/ ZPHB1SDT	ZPHB1EMM V2(2) /ZPHB1EDD V2(2)/ ZPHB1EDT
B2	ZPHB02TD V2(10) ml	ZPHB2SMM V2(2)/ ZPHB2SDD V2(2)/ ZPHB2SDT	ZPHB2EMM V2(2) /ZPHB2EDD V2(2) / ZPHB2EDT
B3	ZPHB03TD V2(10) ml	ZPHB3SMM V2(2)/ ZPHB3SDD V2(2)/ ZPHB3SDT	ZPHB3EMM V2(2) /ZPHB3EDD V2(2) / ZPHB3EDT
B4	ZPHB04TD V2(10) ml	ZPHB4SMM V2(2)/ ZPHB4SDD V2(2)/ ZPHB4SDT	ZPHB4EMM V2(2) /ZPHB4EDD V2(2) / ZPHB4EDT
B5	ZPHB05TD V2(10) ml	ZPHB5SMM V2(2)/ ZPHB5SDD V2(2)/ ZPHB5SDT	ZPHB5EMM V2(2) /ZPHB5EDD V2(2) / ZPHB5EDT

SECTION H: VITAMIN K DISPENSING AND COMPLIANCE

If a dose of parenteral vitamin K is given during visit, please complete H4.

Item	Dispensed			Returned			80% Compliance
	Date (mm/dd)	Amt (tablets)	Initials	Date (mm/dd)	Amt (tablets)	Init	
a.	ZPHCADMM 2(2) ZPHCADD 2(2)/ ZPHCADDTV2(2)//	ZPHADAMT V2(10)	ZPHADINI V2(10)	ZPHCARMM 2(2) ZPHCARDD 2(2)/ ZPHCARDTV2(2)//	ZPHARAMT V2(10)	ZPHARINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPHACOM V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
b.	ZPHCBDMM 2(2) ZPHCBDD 2(2)/ ZPHCBDDTV2(2)	ZPHBDAMT V2(10)	ZPHBDINI V2(10)	ZPHCBRMM 2(2) ZPHCBRDD 2(2)/ ZPHCBRDTV2(2)//	ZPHBRAMT V2(10)	ZPHBRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPHBCOM V2(2) V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
c.	ZPHCCDMM 2(2) ZPHCCDD 2(2)/ ZPHCCDDTV2(2)_	ZPHCDAMT V2(10)	ZPHCDINI V2(10)	ZPHCCRMM 2(2) ZPHCCRDD 2(2)/ ZPHCCRDTV2(2)//	ZPHCRAMT V2(10)	ZPHCRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPHCCOM V2(2) V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
d.	ZPHCDDMM 2(2) ZPHCDDD 2(2)/ ZPHCDDTV2(2)_	ZPHDDAMT V2(10)	ZPHDDINI V2(10)	ZPHCDRMM 2(2) ZPHCDRDD 2(2)/ ZPHCDRDTV2(2)//	ZPHDRAMT V2(10)	ZPHDRINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPHCDOM V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No

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

A3. Staff Initials: _____

To DCC

e.	ZPHCEDMM 2(2) ZPHCEDDD 2(2)/ ZPHCEDDTV2(2)	ZPHEDAMT V2(10)	ZPHEDINI V2(10)	ZPHCERMM 2(2) ZPHCERDD 2(2)/ ZPHCERDTV2(2)//	ZPHERAMT V2(10)	ZPHERINI V2(10)	1. <input type="checkbox"/> Yes ZPHCECOM V2(2) 2. <input type="checkbox"/> No
----	--	--------------------	--------------------	--	--------------------	--------------------	---

COMMENTS – INSERT ITEM IDENTIFIER FROM TABLE ABOVE:

Item	Comment(s)
ZPHAITEM V2(10)	ZPHACOMM V2(300)
ZPHBITEM V2(10)	ZPHBCOMM V2(300)
ZPHCITEM V2(10)	ZPHCCOMM V2(300)
ZPHDITEM V2(10)	ZPHDCOMM V2(300)
ZPHEITEM V2(10)	ZPHECOMM V2(300)

H4. Parenteral dose 1. No → End ZPHH04PD V2(2) 2. Yes

a. Dose: ZPHH04AD V2(10) ___ mg Date: ZPHH4AMM V2(2)/ ZPHH4ADD V2(2)/ ZPH4ADT

b. Dose: ZPHH04BD V2(10) mg Date: ZPHH4BMM V2(2)/ ZPHH4BDD V2(2)/ ZPH4BDT

SEND THIS PAGE TO THE DCC WHEN VITAMIN K SUPPLEMENTATION IS STOPPED AND THE LAST VIAL IS RETURNED.

Investigator Signature: ZPHINSIG V2(2) Date: ZPHSIGMM V2(2)/ ZPHSIGDD V2(2)/ ZPHSIGYY V2(4)/ ZPHSIGDT
 Month Day Year

ZPHCMMNT V2(800) Comment