**铜陵市人民医院临床试验项目申请、审批表**

机构受理号：

主要研究者(项目负责人)（签名）： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 方案（或项目）名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 方案编号 |  | | | | | | | | 方案版本号 | | | |  | | | | | CDE登记号 | | | | | |  |
| NMPA批件号（或器械检验报告编号） | | | | | | | | |  | | | | | | | | 注册分类 | | | |  | | | |
| 药物（或器械、试剂）名称 | | | | | |  | | | | | | 剂型、规格（或规格、型号） | | | | | | | |  | | | | |
| 申请科室 | |  | | | | | 主要研究者 | | | |  | | | | | 指定联系人及手机 | | | | | |  | | |
| 申办单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | 申办方(固定电话) | | | | | |  | | |
| CRO单位（如有） | | | |  | | | | | | | | | | | 联系人/联系电话 | | | | |  | | | | |
| 试验负责中心(组长单位) | | | | |  | | | | | | | | | 计划研究时间 | | | |  | | | | | | |
| 试验中心数目 | | |  | | | | | 受试者总例数 | | | | | |  | | | | 本中心例数 | | | | |  | |
| 研究类型：（在适当项目□内打√或涂黑）  药物临床试验： □Ⅰ期 □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □国际多中心 □其他  医疗器械临床试验： □临床试用 □临床验证  体外诊断试剂临床试验： □新诊断试剂 □已有同品种上市产品  研究者发起的临床研究： □治疗方案探索 □干预 □流行病学 □调查  □观察 □数据采集 □国际合作 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本单位主要研究人员信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 科室 | | | | 职称 | | | | | 是否参加过GCP培训 | | | | 是否参加过药物（器械）临床试验 | | | | | 在本研究中主要任务 | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |

科主任（签名）： （注：主要研究者为科主任，签一处名即可）

第 页，共 页

**审 批 页**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 方案（或项目）名称 | | |  | | | | |
| 提供的资料目录（有版本号的文件请注明版本号及版本日期） | | | | | | | |
| 序号 | 资 料 名 称 | | | | | 说明 | 有、无或NA |
| 1 | 申办单位或CRO的委托函（写明申办单位、CRO单位、临床试验目的、委托内容等，盖联系单位红章） | | | | | 必备 |  |
| 2 | 申办单位委托CRO单位组织临床试验的委托函（如有） | | | | | 酌情 |  |
| 3 | 申办单位和CRO单位企业法人营业执照复印件 | | | | | 必备 |  |
| 4 | 监查员委托函、培训证书等（如有） | | | | | 必备 |  |
| 5 | 临床试验批件复印件 | | | 医疗器械检验合格报告 | | 药、械必备 |  |
| 6 | 药品生产许可证复印件 | | | 医疗器械生产及经营企业许可证 | | 药、械必备 |  |
| 7 | 药品GMP证书复印件 | | | 注册产品（行业、企业）标准 | | 药、械必备 |  |
| 8 | 药品检验报告复印件 | | | 器械、产品自测（检）报告 | | 药、械必备 |  |
| 9 | 研究者手册（版本号：  版本日期： ） | | | 临床验证须知 | | 药、械必备 |  |
| 10 | 临床试验方案及其修正案（版本号： 版本日期 ） | | | | | 必备 |  |
| 11 | 原始病历（版本号： 版本日期： ） | | | | | 酌情 |  |
| 12 | 病例报告表（CRF）（版本号： 版本日期： ） | | | | | 药必备 |  |
| 13 | 知情同意书（版本号： 版本日期： ） | | | | | 药必备 |  |
| 14 | 组长单位伦理委员会批件复印件（含伦理委员会成员签名表） | | | | | 药必备 |  |
| 15 | 药品或产品说明书、宣传册等 | | | | | 酌情 |  |
| 16 | 受试者招募广告（如有） | | | | | 酌情 |  |
| 17 | 临床试验保险及赔偿措施相关文件 | | | | | 药必备 |  |
| 18 | 其他 | | | | | 酌情 |  |
| 机构办公室意见 | | | 资料已经核查，拟同意接受，请领导批示。  经办人：  年 月 日 | | | 机构办公室主任签名：  年 月 日 | | |
| 机构主任  审批意见 | | | 同意参加，并报送伦理委员会审批  同意参加，补充完善材料再报送伦理委员会审批  不同意参加，原因：  机构主任签名： 年 月 日 | | | | | |
| 备注 | | | 请将上述申请审批表格一式两份 | | | | | |

第 页，共 页