**伦理审查初审申请表**

**Application Form for Initial Review**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | |  | | | | | | | |
| **该研究是否被其他伦理委员会拒绝或否决过？** | | | | | | □否 □ 是(需提交相关资料) | | | |
| **该研究是否曾被暂停或者终止过？** | | | | | | □否 □ 是(需提交相关资料) | | | |
| **组长单位名称/PI姓名/电话** | | |  | | | | | | |
| **组长单位伦理委员会名称/电话** | | |  | | | | | | |
| **本院主要研究者(PI)** | | |  | | | | | **申请科室** |  |
| **本院联系医师姓名/电话/邮箱** | | |  | | | | | | |
| **研究资金来源** | | |  | | | | | | |
| **申办者(单位名称)** | | |  | | | | | | |
| **申办者联系人姓名/电话/邮箱** | | |  | | | | | | |
| **合同研究组织（CRO）** | | |  | | | | | | |
| **监查员姓名/电话/邮箱** | | |  | | | | | | |
| **拟招募受试者人数** | | | 本院拟招募人数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ；多中心研究总人数：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **预期试验期限** | | | 年 月 **至** 年 月 | | | | | | |
| **研究类型**  （根据递交研究的类型选填一栏） | 药物  临床试验 | | 药物名称： 类别： CFDA批件号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  研究分期： □Ⅰ期 □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □其他 \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 医疗器械临床试验 | | 医疗器械名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  国内是否有同类产品： □有 □无  是否属于需进行临床试验审批的第三类医疗器械目录： □有 □无  器械类别： **1**. □境内Ⅱ类 □境内Ⅲ类 □进口Ⅱ类 □进口Ⅲ类  **2**. □有源 □无源 **3.** □植入 □非植入 | | | | | | |
| 诊断试剂临床试验 | | 试剂名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  类别： □Ⅱ类 □Ⅲ类 | | | | | | |
| 其他类型研究 | | □[治疗性](http://www.chictr.org/cn/proj/search.aspx?studytype=1001001)  □观察性 □流行病学 □遗传研究 □问卷调查  □标本库 □新技术 □干细胞 □其他：\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ | | | | | | |
| **多中心试验** | □否 □国内多中心 □国际多中心 | | | | | | | | |
| **受试者状态** | □ 正常人 □ 病人 | | | | 入选年龄范围 | | 岁 至 岁 | | |
| **入选人群中弱势群体情况** | □无 □有精神疾病者 □有危重病人（如恶性肿瘤） □有孕妇  □有未成年人 □有从属关系者(研究者的学生或员工等)  □有不识字的受试者 □有其他情况的弱势群体\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **受试者保密方式** (可多选) | ⬜ 以编号识别 ⬜ 英文缩写名识别 ⬜ 将数据编码 ⬜ 所有数据上锁  ⬜ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **生物样本外送情况**（院外） | 计划外送样本类型：⬜无 ⬜血液 ⬜尿液 ⬜痰液 ⬜组织 ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  送至何处（注明实验室或公司名称及所在城市）：\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **获取知情同意过程** (申请全部免签知情同意书，此项免填)，下列问题可多选。 | | | | | | | | | |
| 1. 谁向受试者或其法定代理人解释试验内容并取得同意? | | | | ⬜ 主要研究者  ⬜ 团队其他成员(请注明何人： ) | | | | | |
| 1. 什么时候取得同意？ | | | | ⬜ 筛选前 ⬜其他(请说明： ） | | | | | |
| 1. 什么情况或地点解释试验内容? | | | | ⬜ 单独场所(诊间、办公室、单人病房等)  ⬜ 开放空间(候诊区、多人病房等)  ⬜ 透过网络或电话  ⬜ 其他(请说明： ) | | | | | |
| 1. 是否使用招募广告等招募材料及发布范围。（选择否，则免填其他项目，选择是应详细填写，并提供相关材料供审查，可复选） | | | | ⬜否 ⬜是（⬜纸质招募材料 ⬜多媒体招募材料，如音频、影像等）  **发布范围（如果使用招募材料，必须详细勾选下列范围）：**  ⬜本院张贴 ⬜院内网络发布  ⬜院外互联网发布(请说明渠道： )  ⬜新媒体发布，如微博、微信(请说明渠道： )  ⬜其他渠道 (请说明： ) | | | | | |
| 1. 除了签署受试者同意书外，如何确保受试者或其法定代理人对试验内容充分了解? | | | | ⬜ 使用其他资料辅助说明(如招募广告，招募手册等，需提交伦理审批)  ⬜ 与受试者及其家人共同讨论  ⬜ 其他(请说明： ） | | | | | |
| 1. 受试者在决定是否参与研究时，如何减少其受到胁迫或干预? | | | | ⬜ 明确告诉受试者可拒绝参与研究，或可随时撤回同意而不影响其权益或正常诊疗。  ⬜ 让完全与受试者无依赖或从属关系的研究人员取得其知情同意。  ⬜ 其他(请说明： ） | | | | | |
| 7.是否允许纳入不识字的受试者？ | | | | ⬜ 否  ⬜ 是，允许不识字受试者的法定代理人代为签署知情同意书；  ⬜ 是，允许独立见证代为签署知情同意书； | | | | | |
| 8.是否纳入无行为能力或限制行为能力受试者？ | | | | ⬜ 否  ⬜ 是，受试者本人为限制行为能力，将同时获得受试者和其法定代理人/监护人的知情同意；  ⬜ 是，受试者为无行为能力，将获得法定代理人/监护人的知情同意。  **注：本院原则上只收治14岁以上患者.** | | | | | |
| **急救及**  **防范措施** |  | | | | | | | | |
| **主要研究者**  **签字** | 我认可申请表中各项内容，负责执行本研究方案，我已审阅完毕本次递交伦理审查的文件。  **签名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **日期：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |