**附件编号：SOP-LLWYH-025-05-R**2

武汉亚洲心脏病医院

伦理审查申请表（横向科研）

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |

|  |
| --- |
| 申请状态： □初审 □修改后复审 |
| A申办者信息 | 单位名称： |  |
| 联系人/电话： |  |
| 指定CRA/CRC：□无□是 姓名、电话： |
| B本院项目组 | 1. 项目负责人姓名、电话：
 |  |
| 1. 指定联系人（主要协助研究者）姓名、电话
 |  |
| 研究例数：本中心 例，总数 例 |
| 预期研究期限: 年 月 至 年 月 |
| 多中心研究 | □是 □否牵头单位：  |
| 研究形式（在适当项目内打“√”） | □基础研究 □临床研究具体分类：□前瞻性 □回顾性 □调查 □流行病学 □观察 □遗传研究 □临床评价 □临床干预 □其他（描述）：  |
| 是否涉及药物/器械 | □否 ； □**是，填写以下事项**： |
| □药物：药物名称： 剂量剂型：是否新药 ：□是 □否 类别：□中药 □化学药品 □生物制品□医疗器械：医疗器械名称： 规格型号：是否创新 ：□是 □否 类别：□第一类 □第二类 □第三类 |
| 研究所需材料（病人信息，体液、血液、组织等） |  |
| 获取材料的方法（手术切除标本、静脉穿刺、住院病史摘录等） |  |
| 提交文件： | 1、2、  |
| C 参与研究信息 |
| 姓名 | 职称 | 工作单位 | 主要任务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 项目负责人：日期： |
| 备注：**1.基本文件**：伦理审查申请表、研究方案（注明版本号和日期）、知情同意书（注明版本号和日期）/豁免知情同意书、项目负责人简历和资质（执业证书，职称等）、牵头单位伦理批件（若有）。2.若有其它材料，请一并提供。 |