**附件编号：SOP-LLWYH-013-05-R2**

暂停/终止审查工作表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 申办者 |  | | |
| 牵头单位 |  | | |
| 项目负责人 |  | 科室 |  |
| 批准的跟踪审查频率 |  | 批准日期 |  |
| 批件号 |  | 主审委员 |  |

**一、审查要素**

* 受试者的安全与权益是否得到保证：□是； □否
* 对受试者后续的医疗与随访措施是否合适：□是； □否
* 是否有必要采取进一步保护受试者的措施：□是； □否

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **审查意见：** | | | |
| 建议： | | | |
| □同意； □需要进一步采取保护受试者措施； □提交会审 | | | |
| 主审委员声明 | 作为审查人员，我与该研究项目之间不存在相关的利益冲突。 | | |
| 主审委员签名 |  | 日期 |  |
| 主任委员签名 |  | 日期 |  |