## 修正案审查申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 临床研究类别 | □药物注册临床试验 □医疗器械注册临床试验  □申办方发起的非注册性临床研究 □研究者发起的临床研究 | | | | | |
| 申办方 |  | | | | | |
| 修正次数 |  | | 医学伦理委员会批准的跟踪审查频率 | |  | |
| 主要研究者 |  | | 承担科室 | |  | |
| 修正类别 | □研究方案 □知情同意书 □招募受试者材料 □其它 | | | | | |
| 递交资料  （版本号与日期） |  | | | | | |
| 修正案对研究的  影响 | 1.修正案是否增加研究的预期风险：□是 □否  2.修正案是否降低受试者预期受益：□是 □否  3.修正案是否增加受试者参加研究的持续时间或花费：□是 □否  4.修正案是否对已经纳入的受试者造成影响：□是 □否 □不适用  5.在研受试者是否需要重新获取知情同意书：□是 □否（请予以说明） □不适用（请予以说明） | | | | | |
| 修正情况一览表（重要修改请罗列3点在以下表格中，再另页附“修正案一览表”）  修改前版本号与日期： 修改后版本号与日期： | | | | | | |
| 页数及行数（修改前）  页数及行数（修改后） | | 修改前的内容 | | 修改后的内容 | | 修改原因 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 主要研究者签名 | |  | | 日期 | |  |
| 医学伦理委员会形式审查 | | | | | | |
| 受理号 |  | | | 受理人 | |  |
| 受理日期 |  | | | 受理人签字 | |  |