**深圳市罗湖区人民医院伦理委员会初始审查申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | |
| 项目分类 | □科研项目 □新技术、新项目 □生殖医学 | | | | | | |
| □药物临床试验 分期： 药物注册类别： | | | | | | |
| □医疗器械 | | | | | | |
| □其它 | | | | | | |
| 研究课题来源 | ■政府 □基金会 □公司 □国际组织 □其他： | | | | | | |
| 资助者类型 | ■政府 □基金会 □公司 □国际组织 □其他： | | | | | | |
| 资助者名称 |  | | | | | | |
| 合作研究单位 |  | 联系人及联系电话 | | | | |  |
| 方案版本号： | 版本号： | 版本日期： | | | | | |
| 知情同意书 | 版本号： | 版本日期： | | | | | |
| 其他材料 |  | | | | | | |
| 项目内容摘要 |  | | | | | | |
| 项目开展意义 |  | | | | | | |
| 项目实施可能出现的副作用、危害及应对措施 |  | | | | | | |
| 项目实施是否符合伦理原则（是/否） | 知情同意原则 | | | | | | |
| 项目负责人 |  | | 所在科室 | | |  | |
| 研究团队 | *（若需要，可附表）*  姓名： 职称： 分工：  姓名： 职称： 分工：  姓名： 职称： 分工：  见附录 | | | | | | |
| 研究起止  日期 |  | | | | | | |
| 申请人声明 | 以上所填内容均属实，如获批准，我将严格按照提供的方案进行研究，并遵守深圳市罗湖区人民医院医学伦理委员会的相关规定。 | | | | | | |
| 申请人签名 | 年 月 日 | | | 联系电话 |  | | |
| 申报科室意见 | （如果科主任为申请者,请科室副主任或副主任以上骨干医师签字）：  我已审查本研究项目，研究设计和方法合理，研究者有足够的资金保障开展研究。因此我单位同意开展此项研究，希望得到深圳市罗湖区人民医院伦理委员会的进一步审查。  科主任签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 医学伦理委员会审批意见 | 项目受理编号： | | | | | | |
| 主任签名：  年 月 日 | | | | | | |