**四川大学华西第四医院药物临床试验机构**

**药物临床试验预审申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 试验项目名称 |  |
| 科室： | 主要研究者： | PI联系方式： |
| 拟承担试验专业: |
| NMPA临床试验批件号 |  |
| 药物注册分类 |  | 临床分期 |  |
| 国际/国内 |  |
| 随机对照 | □是 □否 |
| 试验药物名称：  |
| 剂型： | 规格： | 受试病种： |
| 适应症： |
| 试验设计总例数: | 本机构计划完成例数: |
| 本机构计划开始日期: | 本机构计划结束日期: |
| 专业目前在研临床试验项目数量：  |
| 专业是否有同类临床试验项目： □是 □否 |
| 是否涉及人类遗传资源采集、收集、研究、开发、买卖、出口、出境等：□是 □否 |
| 有无CRC情况： □有 □无 |
| 生物样本是否外送中心实验室检验：□是 □否 |
| 申办单位（CRO）联系人 | 监查员： | 联系方式 | 电话、邮箱： |
| 项目经理： | 电话、邮箱： |
| 申办方单位名称： |
| 联系地址： |
| 有无CRO情况: □有 □无 |
| 有无项目组长单位： □有 □无 |
| 试验信息 |
| 有无试验药物（试验组）： □有 □无 |
| 有无试验药物（对照组或安慰剂组）： □有 □无 |
| 有无试验药物（导入期药物）： □有 □无 |
| 有无试验中其他用药（急救药物等）： □有 □无 |
| 有无检查化验： □有 □无 |
| 试验其他情况说明： |
| 试验周期： | 访视次数： | 计划研究费用： |
| 受试者受益 |