|  |
| --- |
| **四川大学华西第四医院药物临床试验机构****器械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: |
| 临床试验类型 |  |
| 医疗器械分类 | □医疗器械Ⅰ类 □医疗器械Ⅱ类 □医疗器械Ⅲ类 □其他 |
| 医疗器械分类-来源： □有源 □无源 |
| 医疗器械分类-植入： □植入 □非植入 |
| 随机对照： □是 □否 |
| 医疗器械名称: | 型号: |
| 功能主治:  |
| 临床试验总例数:  | 临床试验本中心例数: |
| 试验预计开始时间: | 试验预计结束时间: |
| 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 |
| 有无试验医疗器械（试验组）： □有 □无 |
| 有无试验医疗器械（对照组或安慰剂组）： □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 |