中南大学湘雅三医院临床试验结题申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **试验项目简要信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 合同编号 | |  | | | 专 业 | | | | |  | | | |
| 试验项目名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申办方 | |  | | | CRO | | | | |  | | | |
| 试验组长单位 | |  | | | 本中心的主要研究者 | | | | |  | | | |
| 中心伦理批准时间 | |  | | | 本中心伦理批准时间 | | | | |  | | | |
| 第一例受试者入组时间 | |  | | | 最后一例受试者  出组时间 | | | | |  | | | |
| 试验设计总  例数 | |  | | | 本机构拟承担例数 | | | | |  | | | |
| 筛选例数 | |  | | | 入组例数 | | | | |  | | | |
| 实际完成例数 | |  | | | 脱落例数 | | | | |  | | | |
| 剔除例数 | |  | | | SAE例数 | | | | |  | | | |
| **合同经费信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 合同签署方 |  | | | | | | 申办者□ CRO□ | | | | | | |
| 机构立项费 | | |  | | | 伦理审查费 | | | | |  | | |
| 试验观察费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 受试者检查费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 受试者补助 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 研究助理费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 研究助理管理费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 药品/医疗器械保管费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 资料保管费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 医院管理费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 税费 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| 其他 | | |  | | | 计算说明： | | | | | | | |
| **以上单项费用如不适用，请填写NA** | | | | | | | | | | | | | |
| 总费用合计 | | |  | | | 全部费用是否到位 | | | | | | 是□ 否 □ | |
| 第1次拨款 | | | 时间 |  | | 金额 | |  | 发票号 | | | |  |
| 第2次拨款 | | | 时间 |  | | 金额 | |  | 发票号 | | | |  |
| 第3次拨款 | | | 时间 |  | | 金额 | |  | 发票号 | | | |  |
| 第 次拨款 | | | 时间 |  | | 金额 | |  | 发票号 | | | |  |
| 第 次拨款 | | | 时间 |  | | 金额 | |  | 发票号 | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主要研究者意见 | 拟同意 不同意 1 | 签名： 日期： |
| 机构意见 | 拟同意 不同意 1 | 签名： 日期： |