## 浙江医院伦理审查委员会 免除/免签知情同意书申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | |
| 临床研究类别 | | □药物临床试验 □医疗器械临床试验（含体外诊断试剂）  □研究者发起的临床研究 | | | | | |
| 申办方/资助方 | |  | | | | | |
| 主要研究者 | |  | | | 承担科室 | |  |
| **一、免除知情同意（如不适用请跳过）** | | | | | | | |
| **（一）利用以往临床诊疗、疾病监测或临床研究中获得的数据或标本进行的研究，且潜在研究参与者已签署知情同意书允许该数据或标本用于其它临床研究的（不适用请跳过）** | | | | | | | |
| 提供原知情同意书所对应的伦理批件号或已签署的知情同意书 | | | | | | | |
| 1 | 本研究是否未超出原知情同意书许可的范围  □是 □否,请说明 | | | | | | |
| 2 | 研究参与者隐私和个人身份信息是否得到保护  □是 □否,请说明 | | | | | | |
| 3 | 后续是否不需要随访或再次向研究参与者获取信息，请说明  □是 □否,请说明 | | | | | | |
| **（二）利用以往临床诊疗、疾病监测或临床研究中获得的数据或标本进行的研究，且潜在研究参与者未签署知情同意书允许该数据或标本用于其它临床研究（如不适用请跳过）** | | | | | | | |
| 1 | 所使用的数据或样本为以往临床诊疗、疾病监测或临床研究中获得的  □是 □否,请说明 | | | | | | |
| 2 | 不使用研究参与者明确拒绝使用的数据或标本  □是 □否,请说明 | | | | | | |
| 3 | 已无法找到该研究参与者 □是 □否，请说明 | | | | | | |
| 4 | 研究项目不涉及个人隐私和商业利益 □是 □否，请说明 | | | | | | |
| 5 | 研究参与者隐私和个人身份信息是否得到保护  □是 □否,请说明 | | | | | | |
| 6 | 后续是否不需要随访或再次向研究参与者获取信息  □是 □否,请说明 | | | | | | |
| **二、申请免除知情同意书签字（如不适用请跳过）** | | | | | | | |
| 1. **签了字的知情同意书会对研究参与者的隐私构成不正当的威胁，联系研究参与者真实身份和研究的唯一记录是知情同意文件，主要风险就来自于研究参与者身份或个人隐私的泄露，请说明:** | | | | | | | |
| 1. **其它情况，比如通过邮件、微信、钉钉或电话等方式进行问卷调研，已向研究参与者或监护人提供书面知情同意书或获得研究参与者或监护人的口头知情同意，请说明:** | | | | | | | |
| 主要研究者签名 | | |  | 日期 | |  | |