## 浙江医院伦理审查委员会 **修正案审查申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初始审查受理号 |  | | | | | |
| 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 |  | | | | | |
| 修正次数 |  | | 伦理审查委员会批准的跟踪审查频率 | |  | |
| 主要研究者 |  | | 承担科室 | |  | |
| 修正类别 | □研究方案 □知情同意书 □招募材料 □其它 | | | | | |
| 递交资料  （版本号与日期） |  | | | | | |
| 修正案对研究的  影响 | 1.修正案是否增加研究的预期风险：□是 □否  2.修正案是否降低研究参与者预期受益：□是 □否  3.修正案是否增加研究参与者参加研究的持续时间或花费：□是 □否  4.修正案是否对已经纳入的研究参与者造成影响：□是 □否 □不适用  5.在研的研究参与者是否需要重新获取知情同意书：□是 □否（请予以说明） □不适用（请予以说明） | | | | | |
| 修正情况一览表（可另页附“修正案一览表”）  修改前版本号与日期： 修改后版本号与日期： | | | | | | |
| 页数及行数（修改前）  页数及行数（修改后） | | 修改前的内容 | | 修改后的内容 | | 修改原因 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 主要研究者签名 | |  | | 日期 | |  |