|  |
| --- |
| **桂林市人民医院药物临床试验机构** |
| **项目立项评估表（药物）** |
| **申办者/CRO请填写下列内容** |
| 试验名称 | 　 |
| 药物临床试验批件号/临床试验受理编号 |  | 方案编号 |  |
| 试验药物名称 |  | 商品名 | 　 |
| 药物类别 | □化药 类 □中药、天然药物 类 □治疗用生物制品 类 □预防用生物制品 类 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 药物剂型 |  | 药物规格 |  |
| 试验设计 | □对照 □非对照 / □单盲 □双盲 □开放 / □随机 □非随机□平行 □交叉 / □其它  |
| 试验分期 | □Ⅰ期 □Ⅱ期 □Ⅲ期 □Ⅳ期 □科研课题 □研究者发起 □其他  |
| 试验类别 | □国内多中心（是否进口注册：是□ 否□） □国际多中心 □单中心 □其他  |
| 申办者 |  |
| CRO公司（如适用） |  | SMO公司（如适用） |  |
| 组长单位 |  | 组长单位主要研究者 |  |
| 计划参加单位数量 |  | 项目状态 | □初筛中心 □增加中心  |
| 项目联系人 |  | 联系电话/邮箱 |  |
| 联系地址 |  | 邮政编码 |  |
| 计划合作专业 |  | 计划合作主要研究者 |  |
| 试验设计总例数 |  | 本机构计划完成例数 |  |
| 试验计划起止日期 | 年 月 日 ---- 年 月 日 |
| **专业科室****填写****评估意见** | 研究目标疾病病种是否满足方案要求：□是 □否 |
| 研究人群数量是否满足要求：□是 □否 |
| 是否具备研究所需检查项目设备/设施条件：□是 □否 |
| PI是否有足够时间参加研究：□是 □否 |
| 评估意见 | □同意 □不同意，理由：  |
| 签名： | 日期： |
| **机构办公室****填写****评估意见** | 药物临床试验批件/临床试验通知书是否在有效期内：□是 □否 □NA  |
| 药物临床试验自申请受理并缴费之日起60日内，申请人未收到国家药品监督管理局药品审评中心否定或质疑意见：□是 □否 □NA |
| 专业是否在同一研究时段承接了与该试验药物适应症相同的试验：□是 □否 |
| 专业GCP资质研究人员是否充足：□是 □否 |
| 评估意见 | □同意 □不同意，理由：  |
| 签名： | 日期： |
| **机构办公室主任立项评估意见：□同意 □不同意** | 签名： | 日期： |