**附件1：临床试验项目免费检查申请单（CTI-Y-C-018-A01-V3.0）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 项目专用章样章 |  | 方案编号 |  |
| 试验类型 | □Ⅱ期，□Ⅲ期，□Ⅳ期，□其他 | | |
| 专业组 |  | 项目负责人 |  |
| 专业组联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申办者/CRO |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查项目列表 | | 相关  科室 | | 收费  编码 | 单价（元/次） | 检查次数（/人） | | 试验例数\* | 单项汇总金额(元) | 备注 |
| 实验室  检查 | 血常规 |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 尿常规 |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 大便常规 |  | |  |  |  | |  |  |  |
| …….. |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 血生化 | \_\_\_\_\_\_项 |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 12导联心电图 | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 心脏超声 | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 胸片 | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| CT | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| MRI | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| … | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 预计费用： 元 | | | | | | | | | | |
| 研究者签字：  年 月 日 | | | 辅助科室主任签字：  年 月 日 | | | | 机构办主任审核签字:  机构办公室(盖章)  年 月 日 | | | |
| 注：1.\*例数为计划入组例数，费用结算以实际检查受试者例次、次数为准。  2.此表一式“多”份，为研究者申请，机构办审核交由检验检查科室作为免费检验检查的凭证，研究者保存一份，机构办留存一份，检验检查科室各保存一份，供检验检查科室建档使用。  3.试验结束后，研究者负责与检验检查科室协调，连同溯源表及溯源表附件的检查明细和金额明细，报机构办审核，结算费用。  4.临床试验相关检验检查单需加盖项目专用章。 | | | | | | | | | | |