文件编号：IRB-AF-09-00

## 初始审查申请

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、项目概况** | | | | |
| 项目名称 | |  | | |
| 申办方 | |  | | |
| 牵头单位 | |  | | |
| 本中心研究者 | |  | | |
| 研究者科室 | |  | | |
| E-mail | |  | | |
| 电话/手机 | |  | | |
| 项目联系人 | |  | | |
| E-mail | |  | | |
| 电话/手机 | |  | | |
| **二、项目摘要** | | | | |
|  | | | | |
| **三、是否有特殊审查要求，若有请填下表** | | | | |
| □ | 研究涉及弱势群体  □儿童/未成年人  □认知障碍或因健康状况而没有能力做出知情同意的成人，  □申办者/研究者的雇员或学生  □教育/经济地位低下的人员  □疾病终末期患者，  □囚犯  □其它： | | | |
| □ | 研究涉及常规医疗/体检以外的生物标本采集（体液、组织等）、侵入性检查、放射性检查 | | | |
| □ | 研究涉及生物标本库的建立 | | | |
| **四、受试者招募、费用、补偿和保险？** | | | | |
| 谁负责招募  （可多选） | □研究者 □医生□护士□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 使用招募材料 | □否 □是→请提交审查 | | | |
| 为受试者购买相关保险 | □否 □是 | | | |
| 与研究有关的  医疗检查与治疗 | □免费□部分免费□不免费 | | | |
| 与参加研究有关的交通、餐补等 | 元/例 | | 其他补偿 | 元/例 |

研究者签字：

日 期： 年 月 日