**四川大学华西口腔医院医学伦理审查流程单**

**项目信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究项目名称 |  | | |
| 项目编号 |  | 材料提交日期 |  |
| 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 指导教师  （项目负责人） |  | 联系电话 |  |

**科学性审查**

|  |  |
| --- | --- |
| 临床研究管理部意见 | 是否需要科学性审查  □是（批件号： ） □否  负责人签字： 年 月 日 |

**审查文件列表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 编号 | 提交文件名称 | 份数 |
| 1 | 科学性审查批件 |  |
| 2 | 伦理审查申请表 |  |
| 3 | 详细研究方案 |  |
| 4 | 知情同意书 |  |
| 5 | 研究者手册 |  |
| 6 | 拟使用的招募方式的相关文本 |  |
| 7 | 研究病例报告表 |  |
| 8 | 研究项目负责人履历 |  |
| 9 | 研究项目指导教师履历 |  |
| 10 | 研究项目的资助证明或合同 |  |
| 11 | 其他有关资料： |  |