药物临床试验报送资料列表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | | |
| 申办者/CRO | |  | | | | | | | |
| 承担科室 | |  | | | 主要研究者 | | |  | |
| 试验分期 | | □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □其他 | | | | | | | |
| 受试者 | | * 门诊患者 □住院患者 | | | | | | | |
| 临床试验递交材料 | | | | | | 报机构办公室 | 机构存档 | | 份数 |
| 1 | 报送资料目录 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 2 | 药物临床试验立项申请表（附件2） | | | | | √ | √ | | 3 |
| 3 | 临床试验委托书（附件3） | | | | | √ | √原件 | | 1 |
| 4 | 申办者/CRO资质证明（营业执照、GMP证书、生产许可证） | | | | | √ | √ | | 1 |
| 5 | 申办者/对CRO的授权书 | | | | | √ | √原件 | | 1 |
| 6 | 申办者/CRO对CRA的授权书 | | | | | √ | √原件 | | 1 |
| 7 | CRA的简历、身份证及GCP培训证书复印件 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 8 | 国家药品监督管理局批件 □NA | | | | | √ | √ | | 1 |
| 9 | 组长单位伦理批件及伦理委员会成员表 | | | | | √ | √原件 | | 1 |
| 10 | 试验方案及其修正案（版本号：日期） | | | | | √ | √（已签字） | | 1 |
| 11 | 知情同意书（包括译文）及其他书面资料（版本号：日期） | | | | | √ | √样本 | | 1 |
| 12 | 病例报告表（版本号：日期） | | | | | √ | √样本 | | 1 |
| 13 | 研究病历（版本号：日期） | | | | | √ | √样本 | | 1 |
| 14 | 研究者手册（版本号：日期） | | | | | √ | √ | | 1 |
| 15 | 试验用药物的药检证明、符合GMP条件下生产的相关证明文件 | | | | | √ | √样本 | | 1 |
| 16 | 试验用药物的标签 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 17 | 试验用药品发放、回收登记表模板 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 18 | 受试者招募广告（如采用） | | | | | √ | √ | | 1 |
| 19 | 研究员履历及课题组成人员说明、签名样表（附件4）等相关文件 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 20 | 临床试验有关的实验室检测正常值范围及室间质评证书 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 21 | 受试者鉴认代码表模板 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 22 | 受试者筛选入选表模板 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 23 | 设盲试验的破盲规程（如有） | | | | | √ | √ | | 1 |
| 24 | 完成受试者编码目录模板 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 25 | 监查报告（试验前、启动） | | | | | √ | √ | | 1 |
| 26 | 参加临床试验各单位名称及联系方式（附件10） | | | | | √ | √ | | 1 |
| 27 | 保险和赔偿措施或相关文件 | | | | | √ | √ | | 1 |
| 28 | 其他相关的研究文件，请注明 | | | | |  |  | |  |
| 补充材料 | |  | | | | | | | |
| 提交补充材料截止日期 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 递交人签字： | | | 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 受理人签字： | | | 日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 补充材料情况： | | | | | | | | | |
| 递交人签字： | | | | 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 受理人签字： | | | | 日期： 年 月 日 | | | | | |

药物临床试验立项申请表

机构受理号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称/编号 |  | | | | | | |
| 方案名称/版本号 |  | | | | | | |
| 注册项目分类 | □药物名称  药品分类：  注册分期：期  剂型：  NMPA批件号： | | □ 医疗器械名称：  类别：  □第二类  □第三类  NMPA批件号（Ⅲ类高风险）： | | | □体外诊断试剂名称：  类别：  □第二类  □第三类 | |
| 研究范围 | □国际  □国内  □本院 | 我院参研形式 | | □组长 | | | □独立 |
| □参加 | | | |
| 组长单位及PI |  | | | | | | |
| 预计完成病例数 |  | 计划起止日期 | | | — | | |
| 科室是否有同类临床试验项目 | □是 □否 | 科室在研临床试验项目 | | | ( ) 项 | | |
| 申办者 |  | 联系人 | |  | 联系电话 | |  |  |
| CRO |  | 联系人 | |  | 联系电话 | |  |  |
| 监查员 |  | 联系电话 | |  | | | |
| 研究协调员 |  | 联系电话 | |  | | | |
| 承担试验科室 |  | 主要研究者 | |  | 联系电话 | |  |  |
| 临床试验目的 |  | | | | | | |  |
| 有关本研究情况说明：  日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 主要研究者声明：我已熟悉本试验方案及相关文件。我将根据《药物临床试验质量管理规范》等相关规定，认真履行研究者职责和遵从本试验方案的要求开展临床试验，并同意承担本试验。  主要研究者（签字）： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 办公室形式审查意见：  审核人（签名）： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 机构意见：  机构主任（签字）： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |

药物临床试验项目委托书（样板）

（临床试验名称）

临床试验委托书

依据《中华人民共和国合同法》、《药物临床试验质量管理规范》、《药品注册管理办法》等法律法规的有关规定，经双方协商，公司委托××爱尔眼科医院（主要研究者）xx具体负责实施（试验名称）（药品监督管理部门批件号：xx），具体内容详见双方协商制定的试验方案。该试验将按照《药物临床试验质量管理规范》等有关标准执行。

**委托单位：**

**法人代表：**

（签字/盖章有效）

时间： 年 月 日

地址： 邮编：

电话：

**被委托人（主要研究者）：**

签名：（主要研究者签字）

时间： 年 月 日