附件2：

商洛市中心医院医学伦理审查申请表

申报类别：新技术（项目） 申报时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目申报人 |  | 职称 |  | 科室 |  |
| 项目名称 |  | 拟开展例数 | 🞏 1-5例 🞏 6-10例🞏 11-50例 🞏 51-100例🞏 100例以上 |
| 管理周期 | 🞏1个月 🞏 3个月🞏 6个月 🞏 12个月🞏 12个月以上 | 项目组成员 |  |
| 技术水平 | 🞏院内空白 🞏 市内空白🞏省内领先 🞏 国内领先 | 项目分类 | 🞏 手术类🞏 非手术类 |
| 拟开展项目简介 | 介绍技术核心要点（不超过150字） |
| 项目实施人员要求 | 🞏高年资医师 🞏具备专项操作认证人员 🞏具备专科培训人员🞏其他要求 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 知情同意获知方式 | **仅供参考**（回答要点：知情同意书内容-项目的目的、意义和预期效果，实施方法、流程等；可能给受试者、相关人员和社会带来的益处，以及给受试者可能带来的不适和风险等，如何告知？） |
| 风险防控措施 | **仅供参考**（回答要点：有哪些风险和不适？具体的防控措施有哪些？即对受试者的保护措施，其他有益的措施或者治疗方案。） |
| 患者隐私保护及补偿措施 | **仅供参考**（回答要点：切实保护患者的隐私，如实将患者个人信息的储存、使用及保密措施告知患者，未经授权不得将患者个人信息向第三方透露。患者参加研究受到损伤时应当得到及时、免费治疗，并依据法律法规及双方约定得到赔偿。） |
| 特殊人群保护措施 | **仅供参考**（回答要点：对儿童、孕妇、智力低下者、精神障碍患者等特殊人群的患者，应当予以特别保护。） |

注：1. 回答要点仅供参考，您可根据项目实际情况如实填写。2. **此表填写完成后请打印并在最下方签字送交**医学伦理委员会秘书处，邮箱526462485@qq.com。3. 填表中由任何问题，请随时咨询医学伦理委员会，咨询电话：1362946552（短码：66552）、2982587。

项目负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：2021年\_\_\_\_月\_\_\_\_日