**附件1：临床研究中心平台使用申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **研究者信息** | | | |
| **项目负责人** | **姓名** |  | |
| **联系电话** |  | |
| **邮箱** |  | |
| **研究协调员/项目经理** | **姓名** |  | |
| **联系电话** |  | |
| **邮箱** |  | |
| **项目信息** | | | |
| **项目名称** |  | | |
| **项目立项登记号** |  | | |
| **伦理委员会批件号** |  | | |
| **研究类型**  **(可多选)** | **□ 药物临床试验 □ 医疗器械/诊断试剂临床试验**  **□ 自主研究 （ □ 有经费 □ 无经费）**  **□ 多中心（ □ 我中心为组长单位 □ 我中心为参与单位）**  **□ 单中心 □ 预试验**  **□ 其它（请注明）：** | | |
| **项目性质**  **(可多选)** | **□ 登峰计划项目 □ 中大5010项目**  **□ 中山眼科中心“五个五”工程学科建设项目**  **□ 其它（请注明）：** | | |
| **预计入组人数** | **人** | **随访次数** | **次** |
| **开始入组时间** |  | **结束随访时间** |  |
| **检查平台使用**  **开始、结束时间** | **年 月 日 —— 年 月 日** | | |
| **数据提取计划** | **□ 每3个月1次 □ 项目结束**  **□ 其它（请注明）：** | | |
| **附件** | 1. **研究方案** 2. **知情同意书** 3. **伦理批件** 4. **研究流程相关SOP** 5. **项目组人员名单** | | |

**随访计划及需完成的检查项目**

（请在需完成的检查项目的相应单元打“√”，**可另附页**）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **检查项目/仪器**  **随访计划**  **（随访时间，必填）** | **Visit 1** | **Visit 2** | **Visit 3** | **Visit 4** | **Visit 5** | **Visit 6** | **……** |  | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **视力检查** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **自动验光仪** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NCT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **焦度计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UBM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **裂隙灯** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **压平眼压计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A/B超** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **角膜内皮计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **裂隙灯照相机** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IOL-Master** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **视野计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **HRT-3（角膜功能）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **眼底照相机** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*如有项目自用仪器，需申请在临床研究中心放置和使用，请注明

**检查计划**

（请在需使用检查平台的相应单元打“√”并注明该单元需检查的人数）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **周一** | **周二** | **周三** | **周四** | **周五** |
| **上午** |  |  |  |  |  |
| **下午** |  |  |  |  |  |

**申请人： 申请人签名：**

**科室： 日期：**

**临床研究中心审核意见：**

**负责人签名： 日期：**

**附件2：临床研究中心检查平台使用**

**预算表**

项目名称：

项目负责人： 研究时间：20 年 月至20 年 月

预算制定人： 联系电话：

项目总预算：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查项目** | **总预算（元）** | **计算依据（说明单价、次数等）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **总计** |  |  |

2024年度预算：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **检查项目** | **2024年预算（元）** | **计算依据（说明单价、次数等）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **总计** |  |  |

项目负责人（签字）：

年 月 日