附件2 **北京市平谷区医院药物临床试验机构临床试验信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **药物临床试验信息** | | | |
| 项目名称 |  | | |
| 试验类型 | Ⅱ期□ Ⅲ期□ IV期□ 其他□ | | |
| 方案编号 |  | 临床试验批件号 |  |
| 试验药物名称 |  | 注册分类 |  |
| 药物剂型 |  | 药物规格 |  |
| 临床适应症 |  | | |
| 是否进口药 | □是 □否 | 是否国际多中心临床试验 | □是 □否 |
| 是否涉及遗传办 | □是 □否 | 遗传办批件号 |  |
| 组长单位 |  | 组长单位主要研究者 |  |
| 本中心参加科室 |  | 本中心主要研究者 |  |
| 试验设计总例数 |  | 本机构计划承担例数 |  |
| 申办单位 |  | | |
| 申办单位电话  （座机） |  | 申办单位联系人 |  |
| 申办单位联系邮箱 |  | 申办单位联系人  联系电话 |  |
| CRO公司 |  | CRO公司联系人 |  |
| 联系邮箱 |  | 联系电话 |  |
| CRA |  | CRA联系电话 |  |
| 本中心参加科室  联系人 |  | 本中心参加科室  联系人电话 |  |
| **本页填写注意事项**  1.所有的项目均需填写完整，不适用的填写“无”。  2.填写完整后，请调整填写内容的字体大小，尽量将内容调整到一页内。  3.在选项“□”中画“×”，即☒。 | | | |

要求：本表多页时请双面打印，立项时与纸版立项文件一同交到机构办，同时将填写完整的Word版发送到机构办邮箱。机构办电话：010-89968771； 机构办邮箱pgyy89968771@126.com