深圳市第三人民医院 药物/医疗器械临床试验机构

临床研究结题签审意见表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 机构立项号 |  | | 方案编号 |  | |
| 科室 |  | | 主要研究者 |  | |
| 审查项目 | 审 查 内 容 | | 经办人签名 | 日 期 | 备 注 |
| 药品、设备、试剂、耗材管理 | （勾选）药物/器械/试剂/耗材：已清点，  （勾选）返回申办者/销毁 □是 □否 | |  |  |  |
| 受试者补偿、赔偿费 | 受试者补偿/赔偿费已发放完毕 □是 □否 | |  |  |  |
| 质控 | 项目组质控：已对该项目进行了核查，所有问题发现已解决 □是 □否 | |  |  |  |
| 资料管理 | 按照归档要求将所有试验文件整理归档  □是 □否，资料类型 □纸质 □电子 | |  |  | 保存地点： |
| 财务管理 | 项目组：研究费用已按实际完成支付 □是 □否 | |  |  |  |
| 机构办：尾款结算单已递交机构 □是 □否 | |  |  |  |
| 伦理意见 | 是否完成结题审查 □是 □否 | |  |  | 伦理审查意见号： |
| 稽查/自查 | 已完成合作方/第三方稽查或者自查（列出稽查问题、整改措施）是□ 否□ NA□ | | | | |
| 主要研究者 | | 签字/日期 | | | |
| 机构办公室负责人 | | 签字/日期 | | | |