**医疗器械临床试验立项审议表**

机构受理号： 送审日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 类别 | □第二类□第三类 |
| 申办者/CRO |  |
| 专业科室/PI |  |
| **以下由专业科室填写** |
| 专业科室评估：1．是否能保证招募足够的受试人群：是**□**，否**□**2．研究者是否具备足够的试验时间：是**□**，否**□**3．是否具备相应的仪器设备和其他技术条件：是**□**，否**□**4．是否能对试验质量进行保证：是**□**，否**□**5．目前科室研究情况：承担的与试验器械相同的在研项目：无**□**，1项**□**，2项**□**，3项**□**，3项以上**□**6．主要研究者：科主任**□**，科副主任**□**，其他高级职称医师**□**7．主要研究者在研临床试验项目数：无**□**，1项**□**，2项**□**，3项**□**，3项以上**□**8. 主要研究者是否在药监局备案系统完成备案：是**□**，否**□**评估意见： 同意**□**不同意**□→**请注明理由：专业组负责人签字： 主要研究者签字：日期： 年 月 日 日期： 年 月 日 |
| **以下由机构办公室填写** |
| 审议意见：□ 同意立项□ 补充资料或修改资料后交机构办公室主任签字立项□ 补充或修改资料后重新上会审核 □ 不予立项签字： 年 月 日 |