体外诊断试剂临床试验启动确认表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 申办方 |  | | 计划入组例数 |  | |
| 承担科室 |  | 主要研究者 |  | CRA |  |
| **项目启动前工作：**   1. 临床试验合同是否已经签署完成：是□，否□ 2. 项目首款是否已汇至中心指定账户：是□，否□ 3. 是否已提交遗传办批件/公示：□是，□否，□不适用   3.1 EDC单位名称： ，EDC单位资质是否提交机构：□是，□否  是否为外资：□是，□否  3.2行政审批类型：采集□ 保藏□ 国合审批□ 出境□ 国合备案□ 信息对外提供和开放使用备案□  其他：   1. 是否已提交器械生产所在地的省局备案表：□是，□否 2. 是否已提供启动会PPT：□是，□否 3. 是否所有检验检查项目都能在本院开展：□是，□否，□不适用，其他： 4. 是否已提供CRC/CRA委派函及资质文件：□是，□否，□不适用 5. CRC是否接受了机构费用减免流程培训，熟悉机构流程：□是，□否，□不适用 6. CRC是否已通过机构面试备案：□是，□否，□不适用 7. 样本是否需送至第三方培养/检验/测序：是□，否□   10.1是否已签署三方委托协议：是□，否□   1. PI是否已确认团队分工，并提前告知对应人员：□是，□否 2. 其他：   **项目实施流程评估：**   1. 申办方提供的所有物资：   试验组： 对应批号的检验报告：有□，无□  对照组： 对应批号的检验报告：有□，无□  复核产品： 对应批号的检验报告：有□，无□  其他耗材： 是否具有合格证等资质：有□，无□  13.1科室具备产品要求的贮存位置和条件：是□，否□   1. 是否使用盲法设计：是□，否□ 2. 编盲表（盲底文件）是否已提供：是□，否□ （编盲表须密封交接给编盲研究者妥善保管） 3. 编盲人和检测人是否是同一人：是□，否□ 4. 在 □门诊/□住院部 收集样本，是否有符合要求的医用冰箱（须有温度记录）贮存：   是□，否□，NA□   1. 项目知情方式：□免知情 □泛知情 □需单独知情 2. 使用样本是否为临床剩余样本：是□，否□   19.1如是，临床剩余样本 ml，本试验所需样本 ml.   1. 使用样本是否为单独另采的样本：是□，否□   20.1所用采样管是否由申办方提供：是□，否□  20.2采样管所贴标签是否已包含筛选号/样本编号、ID号等：是□，否□  20.3是否有专人转送样本至检验科：是□，否□  20.4是否有符合要求的转运箱：是□，否□   1. 检验科是否有符合样本要求的贮存冰箱：是□，否□   21.1冰箱校准记录/合格证等资质是否在有效期内：是□，否□   1. 样本检测前是否需要预处理（如离心分装、DNA提取等）：是□，否□   如是，分装成 管，是否准备好带有盲号的贴纸标签：是□，否□，或油性笔标记后拍照佐证：是□，否□   1. 申办方提供的试验用试剂等耗材试验后均要求统一回收至申办方：是□，否□ 2. 是否需要挂号：是□，否□ 3. 是否需知情同意过程记录：是□，否□   如是，过程记录模板是否经机构确认：是□，否□  记录形式：□门诊HIS病历 □住院病程记录 □受试者纸质门诊病历   1. 是否需要其他开单检查：是□（请提前准备好减免单），否□ 2. 受试人群（年龄、目标疾病等）：   27.1在 □门诊系统/□住院系统 记录入选、排除标准关键信息（如临床诊断等）   1. 是否收集受试者身份证复印件：是□，否□ 2. 受试者补贴发放形式：现金□ 财务流程□（需提供受试者补贴发放申请表，受试者身份证、银行卡复印件，备注开户行信息） 3. 试验组所用仪器是 ，所有原始记录是否可以导出：是□，否□，如否，须拍照佐证：是□，否□。其他情况请说明： 4. 对照组所用仪器是 ，所有原始记录是否可以导出：是□，否□，如否，须拍照佐证：是□，否□。其他情况请说明： 5. 第三方复核所用仪器是 ，所有原始记录是否可以导出：是□，否□，如否，须拍照佐证：是□，否□。其他情况请说明： 6. 其他：   **过程文件：**   1. 受试者鉴认代码表：有□，无□ 2. 受试者筛选入选表：有□，无□ 3. 研究产品验收及交接、入库、领用、回收、销毁等全流程管理记录表：有□，无□（备注：研究产品保存要求有电子实时监控温度计监控，有报警功能，监控记录可导出） 4. 其他物品交接清单：有□，无□ 5. 样本采集、转运、入库、编盲、处理、领用、回收、销毁等全流程管理记录表：有□，无□ （备注：样本保存要求有电子实时监控温度计监控，有报警功能，监控记录可导出） 6. 临床试验检测原始记录：有□，无□ 7. 试验仪器使用记录表：有□，无□ 8. 临床试验数据采集表/CRF：有□，无□ 9. 完成试验受试者编码目录：有□，无□ 10. 受试者补贴发放表：有□，无□，不适用□ 11. 其他： 上述未提到的表格请补充     其他相关问题及回复： | | | | | |
| 是否同意开展：是□，否□  如否，建议： 机构办签字：  日期： | | | | | |
| 备注：1、仪器原始检测记录须检测后立即导出保存在内网电脑，一旦修改概不承认。  3、质控频率：预实验完成，入组结束。请在相应节点预约机构质控。 | | | | | |