

臺北榮民總醫院病理檢驗部

剩餘檢體臨床研究申請表

修訂日期：2021.4.16

計劃名稱			
人體試驗委員會編號	<input type="checkbox"/> IRB #:	<input type="checkbox"/> 申請中	
主持人(簽名)		申請日期	
單位		職稱	
聯絡電話		Email	
合作科主任或醫師	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 核章：_____		
檢體種類	<input type="checkbox"/> 組織蠟塊 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
是否具受試者同意書	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 (若無請檢附 IRB 同意免除知情同意相關文件)		
⇓ 檢附下列文件 <input type="checkbox"/> 該臨床試驗經本院人體試驗委員會審查認可之書函影印本。 <input type="checkbox"/> 該人體試驗計畫書影印本(請標示出與本次檢體申請相關部分)。 <input type="checkbox"/> 病人同意簽署書影本(每次領取繳交)。 (若無病人同意簽署書，請檢附 IRB 同意免除知情同意相關文件)			
⇓ 分送病理檢驗部各科承辦人： <input type="checkbox"/> 外科病理科：潘競成 聯絡電話：7449 <input type="checkbox"/> 一般檢驗科：吳潔曦 聯絡電話：3215 <input type="checkbox"/> 中央檢驗科：李民安 聯絡電話：7464 <input type="checkbox"/> 微生物科 ：李嘉凌 聯絡電話：7109			
執行期間		估計病例數	_____例

以下由病理檢驗部填寫

病理檢驗部編號			
審查結果：	<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/> 不通過
理由：			
審查人(核章)		日期	