**伦理审查互认联盟**

**互认项目递交事项说明**

**尊敬的主要研究者/申办者/CRO：**

**我院按照北京市医学伦理审查互认联盟（以下简称“联盟”）规则和我院互认制度，对于在联盟成员单位中开展的多中心临床研究项目实施伦理审查互认。联盟成员单位及主审单位名单参见附件。**

**以下是伦理审查递交文件的相关说明，请遵守。**

1. **递交材料**
* 初审审查：

若我单位作为主审单位，申请人除了递交《伦理审查申请自查表（初始审查）》（见附件）外，应按照我院的初始审查材料递交清单和递交要求，提交伦理审查材料。

若我单位作为参与单位，申请人在收到主审单位伦理审查批件后，按照我院的初始审查材料递交清单和递交要求，提交伦理审查材料。

* 复审审查：申请人应按照我院的复审审查材料递交清单和递交要求，提交伦理审查材料。
* 修正案审查：申请人应按照我院的修正案审查材料递交清单和递交要求，提交伦理审查材料。
1. **在递交伦理审查文件前务必详细阅读我院官网《伦理形式审查常见问题及文件整理要求》，进行自我评估和梳理，避免出现类此问题。**
2. **递交资料前，根据审查类别（初审/复审/修正案）可提前下载我院的文件存档清单并填写红色标注的内容（其他空项），单面打印，不与递交文件一起装订，但是与递交文件一起递交。**

未提及或不明白事宜请咨询北京佑安医院伦理委员会（010-83997028/7022）

 首都医科大学附属北京佑安医院伦理委员会

 2021年05月24日

附件1

|  |  |
| --- | --- |
|  **北京市医学伦理审查互认联盟成员名单** | **北京市医学伦理审查互认联盟成员名单** |
| **(第一批）** | **(第二批）** |
| 序号 | 单位 | 序号 | 单位 |
| 1 | 中国医学科学院北京协和医院\* | 1 | 北京积水潭医院\* |
| 2 | 北京医院\* | 2 | 北京博爱医院 |
| 3 | 中国医学科学院肿瘤医院\* | 3 | 北京肿瘤医院\* |
| 4 | 北京大学第一医院\* | 4 | 首都医科大学附属北京同仁医院\* |
| 5 | 北京大学第三医院\* | 5 | 首都医科大学附属北京佑安医院\* |
| 6 | 北京大学人民医院\* | 6 | 首都医科大学附属北京朝阳医院\* |
| 7 | 北京大学口腔医院\* | 7 | 首都医科大学附属北京地坛医院\* |
| 8 | 北京大学第六医院\* | 8 | 首都医科大学附属北京胸科医院\* |
| 9 | 首都医科大学宣武医院\* | 9 | 首都医科大学附属北京口腔医院 |
| 10 | 首都医科大学附属北京安贞医院\* | 10 | 首都儿科研究所附属儿童医院 |
| 11 | 首都医科大学附属北京友谊医院\* | 11 | 首都医科大学附属北京潞河医院 |
| 12 | 首都医科大学附属北京天坛医院\* | 12 | 北京老年医院 |
| 13 | 首都医科大学附属北京儿童医院\* | 13 | 北京回龙观医院 |
| 14 | 首都医科大学附属北京安定医院\* | 14 | 清华大学附属北京清华长庚医院 |
| 15 | 中国中医科学院西苑医院\* | 15 | 首都医科大学附属北京中医医院\* |
| 　 | 　 | 16 | 中国中医科学院广安门医院\* |
| 　 | 　 | 17 | 北京中医药大学东方医院 |
| 　 | 　 | 18 | 北京中医药大学东直门医院\* |
| 　 | 　 | 19 | 北京中医药大学第三附属医院 |
| 　 | 　 | 20 | 北京市中西医结合医院 |
| 　 | 　 | 21 | 首都医科大学三博脑科医院 |
| 　 | 　 | 22 | 北京陆道培医院 |
| 　 | 　 | 23 | 北京市海淀医院 |
| 　 | 　 | 24 | 北京丰台医院 |
| 　 | 　 | 25 | 北京市大兴区人民医院 |
| 　 | 　 | 26 | 北京市平谷区医院 |
| 　 | 　 | 27 | 北京怀柔医院 |
| 　 | 　 | 28 | 北京市西城区展览路医院 |
| 　 | 　 | 29 | 北京市海淀区妇幼保健院 |
| 　 | 　 | 30 | 北京中医医院顺义医院 |
| 　 | 　 | 31 | 北京市房山区良乡医院 |
| 　 | 　 | 32 | 北京博仁医院 |
| 　 | 　 | 33 | 北京市疾病预防控制中心 |
| 注：\*单位为符合主审条件单位。 |  |  |

附件

伦理审查申请自查表（初始审查）

（20210506联盟发送的 第二版）

**注：此表在申办方或研究项目负责人向北京市医学伦理审查互认联盟的主审单位提交初始审查申请时使用。**

|  |
| --- |
| **研究方案设计类型**□干预性研究□观察性研究：□回顾性分析、□前瞻性研究、□其他:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **研究方案的设计与实施**研究方案内容（包括但不限于）：1.本研究是否符合公认的科学原理，基于文献以及充分的实验室研究和动物实验？ □是 □否 □不适用2.与研究目的有关的研究设计和对照组设置是否具备合理性？ □是 □否 □不适用3. 是否描述试验用药品给药途径、给药剂量、给药方案以及试验用药品的剂型、包装、标签等？□是 □否 □不适用4. 疗效和安全性指标的选择是否合适？□是 □否 □不适用5.是否制定受试者提前退出研究的标准，暂停或终止研究的标准？ □是 □否 □不适用6.针对研究风险是否制定了相应的应急预案？□是 □否 □不适用7.是否制定监查和稽查计划？ □是 □否 □不适用8.研究者的资格与经验、并是否有充分的时间开展临床研究，人员配备及设备条件等是否符合研究要求？ □是 □否 □不适用9.是否有临床研究结果报告和发表方式的规定？ □是 □否 □不适用10.是否描述数据管理和数据统计？□是 □否 11.是否制定实施临床研究的质量控制和质量保证？□是 □否12.有无其他需要说明之处？□无 □有（如选择“有”，请描述）**知情同意书**知情同意书告知的信息,包括但不限于：1.研究背景介绍 □是 □否 2.研究目的、应遵循的试验步骤（包括所有侵入性操作）、研究期限 □是 □否 **注：“研究目的”请明确以注册上市为目的，或其他情况。**3.临床研究分组介绍及受试者随机分配至各组的可能性□是 □否 □不适用4.受试者的义务□是 □否 5.受试者的风险和不便 □是 □否 **注：存在影响胚胎、胎儿或者哺乳婴儿的风险须告知。在告知女性受试者需避孕的同时，也要告知男性受试者采取避孕措施。**6.预期的受益。当受试者没有直接受益时，应告知受试者 □是 □否 **注：交通补助，检查免费，器械免费等费用不属于受益。**7.告知受试者可获得的备选治疗，以及备选治疗重要的潜在风险和受益 □是 □否 □不适用**注：不要只描述备选治疗方法的缺点。没有备选治疗可选方法也需写明。**8. 受试者参加研究是否获得补偿？□否 □是→填写下列选项补偿方式（如礼品、经济补偿<现金、汇款等>）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_补偿金额（元）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_补偿支付方式：□ 按随访观察时点，分次支付，□ 按完成的随访观察工作量，分批次性支付，□ 完成全部随访观察后支付□ 其他：\_\_\_\_\_\_\_注：应说明受试者获得补偿的方式（如礼品、经济补偿<现金、汇款等>）、数额和计划（短期试验可一次性支付，长期试验需分次支付）。应告知若在试验/研究期间退出，将按实际参与情况支付。9. 受试者参加研究是否需要承担费用？□是 □否 □不适用10.是否说明能识别受试者身份的有关记录的保密程度，并说明必要时，试验项目申办者、伦理委员会、政府管理部门按规定可以查阅参加研究的受试者资料？□是 □否 11.是否告知如发生与研究相关的损害时，受试者可以获得的治疗和相应的赔偿？□是 □否12．赔偿的主体是否描述清晰？□是 □否13.是否说明参加研究是自愿的，可以拒绝参加或有权在研究的任何阶段随时退出研究而不会遭到歧视或报复，其医疗待遇与权益不会受到影响？ □是 □否 14.当存在有关研究和受试者权利的问题，以及发生研究相关伤害时，是否有联系人及联系方式？ □是 □否 15. 是否已描述生物样本的留存、使用和处置？□是 □否 □不适用16. 是否申请免除签署知情同意书？□否 □是，**已提供相应的申请并已说明申请的理由****知情同意的过程**1.方案中是否规定了知情告知过程要求？ □是 □否2.是否要求记录知情告知和同意签署过程？ □是 □否3.将以何种形式获得受试者的同意 □书面 □口头，（请说明选择“口头”的原因，并同时申请“免除知情同意书签字”）□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_**临床研究风险评估**1.本研究风险等级：□最小风险□大于最小风险**注：最小风险是**指研究预期伤害或不适的可能性和程度不大于日常生活、或进行常规体格检查和心理测试时说遇到的风险。**大于最小风险**中包括高风险，高风险是指发生严重而持续的、与研究相关不良事件有很大的可能性；或者关于不良事件的性质或者可能性有很大的不确定性。2.临床研究风险评估（包括但不限于）：2.1 研究者是否采取措施使得研究风险在可能的范围内最小化？ □是 □否 2.2 此研究是否对受试者实施干预？ □是 □否 2.3此研究是否会增加受试者的额外负担？ □否 □是，请填写增加的额外负担：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.4此研究是否涉及弱势群体？ □否 □是，请填写涉及的弱势群体：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **预期受益的评估**1.研究会给受试者带来直接利益  □是 □否 注：交通补助，检查免费，器械免费等费用不属于受益。2.研究可能给社会带来益处 □是 □否**受试者招募**1.受试者的人群特征 □健康者（含年龄范围、性别、种族等）： □病人（含年龄范围、性别、种族等）： □其他（含年龄范围、性别、种族等）：2.拟采取的招募方式：□不适用 □招募广告 □微信□网络平台 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3.是否规定招募方？□不适用□是，招募方为：□研究者□招募公司**[请提供招募公司的资质证明]**□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_□否**受试者的医疗和保护**受试者的医疗和保护（包括但不限于）：1.因试验目的而不给予标准治疗的理由 □是 □否 □不适用2.在研究过程中和试验结束后，为受试者提供的医疗保障是否合理？ □是 □否 □不适用3.为受试者提供适当的医疗监测、心理与社会支持 □是 □否 □不适用4.受试者自愿退出研究时拟采取的措施是否合理适用？ □是 □否 □不适用5.是否建立了延长使用、紧急使用或出于同情而提供试验用药的标准？ □是 □否 □不适用6. 研究结束后，是否继续向受试者提供研究用药的说明？ □是 □否 □不适用7. 受试者需要支付的费用说明（含支付项目和金额） □是 □否 □不适用8. 由于参加研究造成受试者的损害/残疾/死亡时提供的补偿或治疗 □是 □否 9.是否购买保险和或规定了研究相关损害赔偿？ □是 □否 □不适用**隐私和保密**1.此研究是否涉及个人隐私？□否 □是，请说明如何保护隐私：2.为保护受试者个人隐私和权利，研究者是否保证在论文报告中不公开受试者个人姓名？  □是 □否申办方/研究项目负责人（盖章/签名）： 日期： |