**武汉市第五医院医学伦理委员会**

**修正案审查申请**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目来源/申办单位 |  |
| 方案版本号、版本日期 |  |
| 知情同意书版本号、  版本日期 |  |
| 初始伦理审查批件号 |  |
| 主要研究者 |  |
| **一、一般信息**   * 提出修正者：□项目资助方，□研究中心，□主要研究者 * 修正类别：□研究设计，□研究步骤，□受试者例数，□纳入排除标准，□干预措施，□知情同意书，□招募材料，□其他：＿＿＿ * 为了避免对受试者造成紧急伤害，在提交伦理委员会审查批准前对方案进行了修改并实施：□不适用，□是   **二、修正的具体内容与原因**  **三、修正案对研究的影响**   * 修正案是否增加研究的预期风险：□是，□否 * 修正案是否降低研究的预期受益：□是，□否 * 修正案是否涉及弱势群体：□是，□否 * 修正案是否增加受试者参加研究的持续时间或花费：□是，□否 * 如果研究已经开始，修正案是否对已经纳入的受试者造成影响：□不适用，□是，□否 * 在研受试者是否需要重新获取知情同意：□是，□否 | |

申请人签名： 科主任签名： 报告日期： 年 月 日