

伦理审查申请表

Application Form of Ethical Review

申请日期	2016 年 12 月 07 日	项目受理号	KMMU/4H/156935
方案编号	KMMU-4H/RP201689	方案版本号	2016. 10
方案名称	miR-19a-3p 调节 FOXF2 介导的 Wnt / β -catenin 信号通路对结直肠癌细胞生物学功能的影响		
主要研究者	余福兵		
研究科室	消化内科		
外单位协作研究者			
申办者			
第三方服务公司			
招募人数 / 受试者总人数	62		
研究中心数目	1		
研究起止期限(年/月)	2017 年 01 月 至 2019 年 01 月		
经费来源	<input type="checkbox"/> 政府立项 <input type="checkbox"/> 学会/协会 <input type="checkbox"/> 医药公司 <input checked="" type="checkbox"/> 其他		
是否曾递交其他伦理委员会并被拒绝或否决	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 若是, 请写明被拒绝或否决的原因		
是否有生物样本或涉及人类遗传资源数据出本单位:			
<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: 外单位名称 <input type="checkbox"/> 国内单位 <input type="checkbox"/> 国外单位 <input type="checkbox"/> 国内含外资单位			
是否涉及家系或特定地区人群的生物样本和信息采集: <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是: 请说明			
研究类型: (在适当项目内打勾)			
<input type="checkbox"/> 药物临床试验 <input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期 <input type="checkbox"/> IV 期 <input type="checkbox"/> 国际多中心			
<input type="checkbox"/> 医疗器械临床试验			
<input checked="" type="checkbox"/> 科研项目 <input checked="" type="checkbox"/> 探索 <input type="checkbox"/> 干预 <input type="checkbox"/> 流行病学 <input type="checkbox"/> 调查 <input checked="" type="checkbox"/> 数据采集 <input type="checkbox"/> 遗传 <input type="checkbox"/> 国际合作 <input type="checkbox"/> 其他			
研究设计: (在适当项目内打勾)			
<input type="checkbox"/> 随机 <input type="checkbox"/> 分层 <input type="checkbox"/> 双盲 <input type="checkbox"/> 多中心研究 <input type="checkbox"/> 安慰剂对照组 <input checked="" type="checkbox"/> 治疗对照组			
<input type="checkbox"/> 交叉对照 <input type="checkbox"/> 平行对照 <input type="checkbox"/> 使用组织样本 <input checked="" type="checkbox"/> 使用血、尿 <input type="checkbox"/> 使用脑脊液 <input type="checkbox"/> 其他:			
我保证以上信息真实准确, 承诺规范实施临床研究, 保护受试者权益和安全, 遵循我国相关法规/指南和医院相关要求:			
我承诺不存在与我工作职责相冲突的任何个人经济利益或非经济利益以及任何直接或间接的义务和责任:			
我承诺若涉及人类遗传资源数据出口或转运国内含外资单位、长期保藏人类遗传资源、国际合作中收集人类遗传资源(含不出口)、收集重要遗传家系或特定地区人群的人类遗传资源, 或实施其他在规定报批范围内的活动, 将在项目启动前及时向中国人类遗传资源管理办公室报批。			
我承诺若申请项目有合作单位(含第三方服务公司)将如实报告, 并与之签署合作协议。			
以上如有失实, 愿意承担相关责任。			
主要研究者签名	余福兵		
日期	2016. 12. 07		
科室主任签名	王冲		
日期	2016. 12. 07		
以下医院伦理审查委员会填写:			
伦理委员会审查方式: <input checked="" type="checkbox"/> 全体会议审查 <input type="checkbox"/> 快速审查			

伦理委员审核意见：

- 1、同意
- 2、作必要修改后同意
- 3、不同意
- 4、终止或暂停先前批准的项目

秘书签名 白海英



日期 2017.03.25

主任委员签名 王彦华

日期 2017.3.25