**浙江省肿瘤医院疫情期间受试者外院随访情况说明**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床研究名称  和方案编号 |  | | | |
| 申办者/CRO名称 |  | | | |
| 项目经理姓名及联系方式 |  | | CRA姓名及联系方式 |  |
| GCP中心  联系人及联系方式 | 机构办联系电话0571-88122261（首选）、8276、2167、2482 | | 本中心PI姓名 |  |
| 本中心研究医生姓名及联系方式 |  | | 受试者编号 |  |
| 受试者姓名缩写 |  | | 性别 | □男 □女 |
| 访视周期 |  | | 计划访视起止时间 |  |
| 就近访视申请原因 |  | | | |
| 受试者既往访视及治疗情况 |  | | | |
| PI意见 | | □同意  □不同意  签名： 日期： | | |
| GCP中心意见 | | GCP中心已收到上述说明，予备案。 （盖章）  日期： | | |
| 临时随访医院接诊医生  姓名和联系方式 | | □同意  □不同意  签名： 日期： | | |
| 临时随访医院机构意见 | | □同意  □不同意 （盖章）  日期： | | |
| 一式三份（我院机构、受试者文件夹、临时随访试验机构办/研究医生处各一份），复印有效。 | | | | |