**《临床试验肿瘤影像学评估登记表》**

表一：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 申办方 |  |
| 主要研究者 |  |
| 肿瘤评估要求 |  |
| 评估费（单价：如：X元/例/访视） |  |
| 主要研究者签名及日期 |  |
| GCP中心审核 |  |
| 医技科室主任签名及日期 |  |
| 备注 | 一式3份（可复印），主要研究者、GCP中心、医技科室各留存一份 |

表二：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受试者姓名 | 住院号或门诊号 | 影像号 | 知情同意日期 | 收集数量 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 肿评经办人签名及日期 |  | 研究者接收签名及日期 |  |
| 备注： | 一式3份（可复印），主要研究者、GCP中心、医技科室各留存一份。 |