**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_病区药物临床观察心电图检查备案表**

(项目名称）：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试验项目 | 项目编号 | 随访次数 | 随访总时间 | 入组人数 | 预计筛查人数 | 预计截至时间 | 拟心电图检查人次 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：**1、此表格盖GCP公章有效。**

 2、受试者心电图编号最多8位英文字母及数字（例：\*\*\*\*\*\*01,\*\*\*\*\*\*02……）。**（本试验受试者心电图编码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**

 3、每位受试者单独编号，不得重复使用编号。

 4、试验报告专人取结果。

 5、申请单项目包括：科室、项目编号、心电图编码、受试者姓名、性别、年龄（出生年月日）、检查日期、送检医生签字。

 **6、申请单必须盖GCP公章，不得涂改，受试者检查必须带有效证件（身份证、老年证、医保卡、驾照等）。**

 **7、节假日、周六日不做试验检查，每周一及节假日放假回来第一天不做试验检查。**

 心内科领导签字： **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 项目申请科室签字：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

试验员签字及联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**