| **研究完成报告表** | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称/编号 |  | | | | | | | | | | |
| 申办方/资助方 |  | | | | | | 组长单位 | | |  | |
| 申请专业/科室 |  | | | | | | 主要研究者 | | |  | |
| CRA信息 | 姓名 | |  | | 手机 |  | | | 邮箱 |  | |
| **研究完成情况** | | | | | | | | | | | |
| 筛选例数 | |  | | 入组例数 | | |  | | | 完成例数 |  |
| 退出例数 | |  | | 失访人数 | | |  | | | 方案偏离数 |  |
| 项目启动日期 | | | | | | |  | | | | |
| 第1例入组日期 | | | | | | |  | | | | |
| 最后1例结束观察日期 | | | | | | |  | | | | |
| 研究中是否存在影响研究参与者权益的问题 | | | | | | | □否 □是（请附件说明） | | | | |
| 方案规定必须报告的重要医学事件是否已经及时报告 | | | | | | | □是 □否（请附件说明） | | | | |
| 有无SAE、SUSAR、非预期事件等 | | | | | | | □无 □有 | | | | |
| 研究风险是否超过预期 | | | | | | | □否 □是（请附件说明） | | | | |
| 是否按要求支付受试者费用 | | | | | | | □是 □否（请附件说明） | | | | |
| 治疗中受试者的后续医疗与随访安排 | | | | | | | □不适用 □转入常规医疗 □其他（请附件说明） | | | | |
| SAE： □无 □有 | | | | 发生 例、 例次；与试验药物有相关性 例、 例次 | | | | | | | |
| SUSAR：□无 □有 | | | | 发生 例、 例次 | | | | | | | |
| ***请附分中心小结（公司模版）*** | | | | | | | | | | | |
| **研究者签名：** | | | | | | | | **日期：** | | | |