| **医疗新技术伦理审查申请表** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 技术/项目名称 |  | | | | | | |
| 申请科室 |  | | | 项目/技术负责人 | |  | |
| 联系电话 |  | | | 职务/职称 | |  | |
| 技术/项目类型 | 是否为限制类医疗技术：□是 □否 | | | | | | |
| □手术类 □治疗操作类 □检验检查类 □其他： | | | | | | |
| 技术/项目级别 | □院级 □市级 □省级 □国家级 | | | | | | |
| 技术实施方案版本号/版本日期 | | |  | | | | |
| 知情同意书版本号/版本日期 | | |  | | | | |
| **技术简介**（背景、方法、适应症、禁忌症、国内外应用情况、风险/受益、风险控制措施等） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 申请人签名 | |  | | | 申请日期 | |  |
| **科室审核意见** | | | | | | | |
| 科主任/护士长签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| **主管部门审核意见** | | | | | | | |
| 负责人签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |