中国慢性胃炎康复项目

申请书

申请单位：

负 责 人：

职 务：

联系电话：

邮箱地址：

申请日期：

中国人口福利基金会胃肠健康基金

**填表说明**

1.表格填写完整后、相关证明材料拍照后合成PDF，以压缩包的形式作为附件发送邮件至wcjkjj@126.com，邮件标题请注明“省份+慢性胃炎康复项目（注明本院全称）申请书”；例如：陕西+慢性胃炎康复项目（空军军医大学）申请书

2.请提供相关证明材料复印件，如无法提供证明材料内容视为无；

3.表中□，是或者有打√，否或无打×；

4.有的填写内容较多者，可用附表形式作为附件；

中国慢性胃炎康复项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请单位** | | | | | | | | |
| 医院全称： | | | | | 申请科室： | | | |
| **主要研究者（PI）简介** | | | | | | | | |
| 姓名： | | 性别： | | | 出生年月： | | | |
| 职务/职称： | | | | | 最终学位： | | | |
| 主研领域： | | | | | 电子邮箱： | | | |
| 联系电话： | | | |
| **PI近年科研经历** | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 项目名称 | | | 项目级别 | | | 担任角色 |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
| **项目组主要参与者（不含PI)** | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | | 职务/职称 | 联系电话 | | 每年工作时间（月） | |
|  |  | | |  |  | |  | |
|  |  | | |  |  | |  | |
|  |  | | |  |  | |  | |
| **申请单位相关信息** | | | | | | | | |
| 1、本类型的研究在贵单位是否需要过伦理？ | | | | | | | | |
| □是 □否 | | | | | | | | |
| 2、本类型的研究在贵单位过伦理的方式？ | | | | | | | | |
| □科研 □GCP □以上都可以 | | | | | | | | |
| 3、本研究在贵单位执行是否有专人负责？ | | | | | | | | |
| □是 □否 | | | | | | | | |
| 4、贵单位做胃镜的医生和主要研究者/协作研究员是否为同一人？ | | | | | | | | |
| □是 □否 | | | | | | | | |
| 5、申请科室目前是否有类似研究正在/计划进行？ | | | | | | | | |
| □是 □否 | | | | | | | | |
| 6、贵单位是否有足够的时间实施和完成本项目研究？ | | | | | | | | |
| □是 □否 | | | | | | | | |
| 7、贵单位本科室每月平均治疗的慢性胃炎患者总数 例/月。 | | | | | | | | |
| 8、基于下方入排标准，您认为贵单位每月可以有多少患者？（考虑到贵中心适用患者的群体，竞争的试验，资源权限和患者参加的意愿） | | | | | | | | |
| a.每月能入组多少例？ | | | | | | 例 | | |
| b.预期的筛选失败率（百分比）大约是多少？ | | | | | | % | | |
| c.预期的脱落率（百分比）大约是多少？ | | | | | | % | | |
| 入选标准： 1.患者在入组前 6 个月内接受过胃镜检查， 胃镜诊断为慢性胃炎（慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎）伴或不伴糜烂； 2.根据NRS（数字评分）标准上腹痛评分≥4分者； 3.同意参与本研究并签署知情同意书； | | | | | | | | |
| 排除标准： 1.胃镜和/或病理诊断为消化性溃疡、胃癌前病变（异型增生/上皮内瘤变）、胃癌； 2.需要长期使用非甾体类抗炎药； 3.怕冷 、手足不温、疲倦乏力、精神不振、大便清稀等虚寒症； 4.正在参加其他药物临床试验的患者； 5.研究者认为患者有潜在风险或有干扰患者的任何其他因素。 | | | | | | | | |
| **课题摘要**  **（简要说明采用的研究方法、解决的关键问题、预计产出、进度安排）** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **申请经费（万元）:** | | | | |  | | | |
| **经费预算** | | | | | | | | |
| **支出科目** | | | **金额（万元）** | | **计算根据及理由** | | | |
| 伦理费 | | |  | |  | | | |
| 医院管理费 | | |  | |  | | | |
| 研究费（包括受试者费、检查费、治疗费等） | | |  | |  | | | |
| 劳务费（参研人员） | | |  | |  | | | |
| 发刊费 | | |  | |  | | | |
| 其他（其他办公费） | | |  | |  | | | |
| **合计** | | |  | |  | | | |
| 课题负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 附件一：医院介绍、负责科室介绍、主要研究者近年科研经历证明材料 | |
| 附件二：主要研究者简历相关证书、执业证明等 |

注：如有任何造假、虚构情况，中国人口福利基金会有权追回全部资助款，并追究相关法律责任。