

**臨床試驗管理中心**查閱電子病歷申請表 2024.11.06(修)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日期 |  | 監測期間 | 起日： 年 月 日 ~  迄日： 年 月 日  (單次申請，以七天為限) |
| IRB No. |  | Protocol No. |  |
| 計畫主持人 |  | 試驗委託者 |  |
| 計畫主持人email信箱 |  |
| 監測者姓名 |  | 監測者職稱 |  |
| 監測者身份證字號 |  | 監測者連絡電話 |  |
| 監測者國籍 |  | 監測者email信箱 |  |
| 研究護理師/助理  姓名 |  | 研究護理師/助理  email信箱 |  |
| 申請目的 | Monitor  audit  other (請說明) | | |
| **🖸非馬偕編制之研究人員、研究護理師、廠商CRA等，每次申請調閱皆需檢附「保密切結書正本」。**  **🖸病歷調閱當天請主要監測者攜帶本人健保卡備用。**  **🖸各項欄位請確實填寫；取消PI簽名。**  **🖸申請作業時間需2週(14個工作天)。**  **🖸調閱人數5人(含)以上，請另提供excel檔 email to:** [**daphne.a255@mmh.org**](mailto:daphne.a255@mmh.org)**.tw** | | | |

受試者名單

**(此欄位由醫師或研究護理師填寫)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 病歷號 | 姓名 | No. | 病歷號 | 姓名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

臨床試驗管理中心收件日期及簽章