**天晟醫院人體研究審查委員會**

**計畫暫停或終止摘要表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IRB編號 | |  | 收件日期 | 民國 年 月 日 |
| 計畫名稱 | |  | | |
| 相關人員 | | 姓名 | 電話 | E-mail |
| 計畫主持人 | |  |  |  |
| 聯絡人 | |  |  |  |
| 執行機構 | |  | | |
| 申請狀態 | | □暫停研究計畫 □終止研究計畫 | | |
| IRB通過日期 | | 民國 年 月 日 | 最後一次繳交  報告的日期 | 民國 年 月 日 |
| 試驗起始日 | | 民國 年 月 日 | 計畫暫停或終止日 | 民國 年 月 日 |
| 參與人數 | |  | 收納的個案數 |  |
| 1. 暫停/終止原因： | | | | |
| 1. 對已收納之受試者權利與福祉之保護措施： | | | | |
| 1. 對已退出受試者之處理程序： | | | | |
| 1. 是否已通知受試者暫停或終止試驗：   □是，通知方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □否，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. 是否已通知相關單位：   □是，附件：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □否，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1. 至目前為止之初步成果分析： | | | | |
| 1. 其他資料： | | | | |
| 填寫人聲明 | 以上資料由本人負責填寫，已盡力確保內容正確。若有不實或蓄意隱瞞，願負法律上應負之責任。  填寫人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 機構/單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期：民國 年 月 日 | | | |
| 主持人聲明 | 1. 本人負責執行此臨床試驗，已盡力依赫爾辛基宣言的精神及國內相關法令的規定，確保試驗對象之生命、健康、個人隱私及尊嚴。 2. 本內容已經本人確認無誤。若有需要願提供所需的所有相關資訊給本會，以確保受試者權益之審核。   主持人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 機構/單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期：民國 年 月 日 | | | |