纸质版CRF数据递交确认表

|  |  |
| --- | --- |
| 申办方/CRO |  |
| 方案名称及编号 |  |
| 专业/科室 |  | 主要研究者 |  | 中心编号 |  |
| 启动时间 |  | 首例入组时间 |  | 末例出组时间 |  |
| 筛选例数 |  | 入组例数 |  | 完成例数 |  |
| CRA姓名 |  | 联系方式 |  | CRF份数 |  |
| 受试者CRF清单 |
| 序号 | 随机号 | 序号 | 随机号 | 序号 | 随机号 |
| 1 |  | 6 |  | 11 |  |
| 2 |  | 7 |  | 12 |  |
| 3 |  | 8 |  | 13 |  |
| 4 |  | 9 |  | 14 |  |
| 5 |  | 10 |  | 15 |  |
| 主要研究者审核意见 |
| 病例报告表数量是否正确，填写是否完整。 | □是 □否 |
| 病例报告表记录的数据和信息是否能够溯源。 | □是 □否 |
| 病例报告表与研究病历、住院病历/门诊病历数据是否一致。 | □是 □否 |
| 病例报告表与受试者日记数据是否一致。 | □是 □否 |
| 对各级质控发现的问题是否完成整改。 | □是 □否 |
| 主要研究者确认签字：  | 日期： |
| 专业/科室资料管理员审核意见 |
| 同意递交CRF原件 份，已确认。 | 签字： 日期： |
| 机构办公室主任审核意见 |
| 同意递交CRF。 | 签字： 日期： |
| CRA签字确认 |
| 已收到CRF原件 份递交至申办方。 | 签字： 日期： |
| 备注：CRA姓名： 身份证号： 联系方式： |