附表8.7

临床试验结题相关辅助费用核算单

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 申办方 |  |
| 例数 |  | 项目负责人 |  |
| 项目结束时间 |  | 启动时间 |  |
| 检查/检验项目 | 科室 | 项目专业填写 | 总例数专业填写 | 单价机构办填写 | 合计（元））机构办填写 |
| 放射线 | 胸部正位片 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 电诊 | 心脏彩超  |  |  |  |
| 腹部彩超 |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 检验科 | 血常规  |  |  |  |
| 尿常规  |  |  |  |
| 血生化(检验内容明细： ) |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 同位素 | …… |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 其他 | …… |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 药品管理费 |  |
| 试验进行时间（专业填写） | 第1例入组时间（ ）-最后1例出组时间（ ） |
| 备注（机构填写） | 检验总费用合计： 放射线总费用合计： 电诊总费用合计： 药品管理费用合计：  |

专业负责人（PI）签字： 机构办主任签字：

吉大二院药物临床试验机构办公室

年 月 日