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