**临床医疗技术/服务伦理审查申请表**

编码：\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗技术/服务名称 |  |
| 临床医疗执行人 | 姓名： | 职称： | 部门： |
| 联系电话： | 电子信箱 |
| 医疗服务对象基本情况 | 出生年月：\_\_\_年 月 日 性别：\_\_\_\_ 籍贯： 长期居住地：监护人姓名： 与被监护人关系： 籍贯： 长期居住地：监护人姓名： 与被监护人关系： 籍贯： 长期居住地： |
| 医疗保险状况 | □城镇居民医疗保险 □少儿住院医疗保险 □农村合作医疗保险 □商业医疗保险 □无医保 □其他：\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 医疗技术/服务对象的基本情况 |  |
| 医疗技术/服务病对患者带来的可合理预期的受益 |  |
| 医疗技术/服务病对患者带来的可合理预见的风险 |  |
| 可能涉及的伦理问题 |  |
| 所附资料 | □ 临床医疗技术/服务的相关技术资料；□ 临床病例摘要及简要描述：患者的健康状态（生理、心理、社会的现况）、临床医疗技术/服务状况（诊疗方案、患者的预后或可能的预后、可替代医疗措施的描述）、是否存在利益冲突、有关我国相关法规和医院规章、医疗技术主要实施者的相关经验、既往同类临床病例的处理和预后摘要等□ 对委员会审查或咨询的基本要求的说明□ 拟实施临床医疗技术/服务的知情同意书 |
| 其他需说明的情况 |  |
| 技术/服务的支付者 | □医疗保险机构（请说明）：\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_；□ 自费；□慈善机构（请说明）：\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_；□其他（请说明）：\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。 |
| 医疗服务项目执行人有无利益冲突：□ 无 □ 有（请说明）： |

申报者签字：

医务部审核签字：