湖北省肿瘤医院生物样本使用申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名： |  | 科室/单位： |  |
| 项目名称及编号： |  |
| 项目级别： |  | 项目经费： | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元 |
| 项目负责人： |  |
| 项目所属单位： |  |
| 样本申请人与项目的关系： | ○主持 ○参与 |
| 项目摘要： | （150字内） |
| 研究场所： | ○本院 ○外院 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 合作者： |  |
| 合作单位： |  |
| 合作性质： | ○国际合作 ○国内合作 ○其他 |
| 费用支付方式： | ○医院支付 ○项目经费 ○自费 ○其他 |
| 样本使用协议： | 1. 样本使用者必须保护患者信息安全
2. 使用我库样本发表的论文、取得的成果应对我库署名和致谢
3. 样本使用情况、发表的论文、取得的成果须提交副本供样本库存档
4. 若未遵守以上协议，样本库有权拒绝再次申请

○同意 ○不同意  |
| 样本使用伦理审查表： | 上传（附件） |
| 肿瘤类型： | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 样本年龄/性别要求： | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 样本类别 | 例数 | 样本类型 |
| 原始样本 | DNA | RNA | 蛋白质 |
| 组织样本 | 肿瘤 |  | □ | □ | □ | □ |
| 癌旁 |  | □ | □ | □ | □ |
| 正常 |  | □ | □ | □ | □ |
| 血样本 | 全血 |  | □ | □ | □ | □ |
| 血浆 |  | □ | □ | □ | □ |
| 白细胞 |  | □ | □ | □ | □ |
| 血清 |  | □ | □ | □ | □ |
| 其 他 |  |  | □ | □ | □ | □ |
|  |  | □ | □ | □ | □ |
|  |  | □ | □ | □ | □ |
| 本科室主任审批意见： | 审批：\_\_\_\_\_\_\_签字/时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 样本库主任审批意见： | 审批：\_\_\_\_\_\_\_签字/时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 科教科主任审批意见： | 审批：\_\_\_\_\_\_\_签字/时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 主管院长审批意见： | 审批：\_\_\_\_\_\_\_签字/时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 备注：1. 凡申请样本的人员均需填写此表并逐级审批。 2. 因样本采集、分离、存储、质控均有成本费用，所以样本使用需缴纳一定费用。申请人审批完成后至财务缴交相关费用，财务科确认收到该费用后，样本方予出库。 3. 样本使用费由医院支付者，财务科挂账即可。 |