**GCP项目影像刻盘申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **合同编号** |  | **PI/科室** |  |
| **申办者** |  | **申请人/联系电话** |  |
| **刻盘目的** | □ 传至第三方系统 □ 存档 □ 其他：  | **第三方系统****是否可脱敏** | □是 □否 □不适用 |
| **申请刻盘****信息****(可增加行)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受试者登记号 | 受试者姓名 | 医嘱日期 | 检查日期 | 检查项目 | 检查号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| **数据使用人和数据申请签字** | 根据医院信息数据安全相关管理制度要求，现将信息数据使用应遵循的原则简要告知如下，包括但不限于：1、刻盘影像仅限用于GCP试验。已在任务计划书中注明需刻盘，申请人已获得本项目授权。2、凡有第三方参与，第三方机构参研人员能接触的数据只能是脱敏后的汇总数据而非明细数据， 3、为保护病人隐私，除特殊需求，一律对病人姓名、身份证号码、居住地和电话号码等唯一身份标识做隐私化处理。4、主要研究者和申请人对数据承担保密责任和安全责任，若因违反数据使用管理制度造成严重后果的，将按缺陷管理条例与相关管理制度追究其责任。主要研究者和申请人在阅读上述管理要求要点后，请在下方签署意见：**申请人签字： 日期：****主要研究者签字： 日期：** |
| **GCP审核** | **签字： 年 月 日** |