**中國醫藥大學暨附設醫院**

**試驗終止受試者通知書**

|  |
| --- |
| 計畫名稱中文：英文： |
| 計畫編號： |
| 計畫贊助廠商或機構： |
| 試驗用藥品名稱（代碼）/醫療器材： |
| 執行單位： | 電話： |
| 計畫主持人： | 職稱： | 電話/手機： |
| 協同主持人： | 職稱： |
| 緊急聯絡人： | 電話： |
| 受試者姓名：性別：通訊地址： | 受試者試驗鑑別號碼：年齡：電話/手機： |
| 法定代理人或有同意權人之姓名：性別：身分證字號：通訊地址： | 與受試者關係：出生日期：聯絡電話： |
| 請仔細閱讀這項新的訊息。您有充分的時間可以盡量提問您想要知道的問題。試驗成員將會為您解釋您完全不了解的任何字眼或訊息。新訊息的描述：提前終止計畫的主要原因（附資料佐證）：□收案困難□效果不如預期□嚴重副作用□發生無法預期的事件必須隨時停止或終止□其他 |
| 終止試驗後的作業流程：－您的試驗醫師已經要求您停止使用試驗藥物，並請您繳回所有已使用或尚未使用的試驗藥物與藥袋（盒）。－您的試驗醫師將會與您討論目前替代療法。－您的試驗醫師將會定期與您會面並追蹤試驗後的身體狀況（若需定期追蹤受試者的身體狀況，請附試驗結束後追蹤計畫與流程） |
| **試驗主持人姓名：****我（受試者），** (簽名)確定我已經於 (D) / (M) / (Y)（日期）試驗醫師已用口頭與書面說明有關終止臨床試驗的資訊；我已經閱讀上述資訊並同意此追蹤程序。 |