



文档名称/Document Title	受试者补助发放的 SOP		
文档编号/Document No.	JG-SOP-042-2.0	版本号/Rev. No.	2.0
部 门/Department	机构	页 码/Page	1 of 6

西安大兴医院药物临床试验机构  
Drug Clinical Trials Institution of Xi'an Daxing Hospital

# 受试者补助发放的 SOP

起草人 / Drafted by: \_\_\_\_\_ 日期 / Date: \_\_\_\_\_

审核人 / Reviewed by: \_\_\_\_\_ 日期 / Date: \_\_\_\_\_

批准人 / Approved by: \_\_\_\_\_ 日期 / Date: \_\_\_\_\_



文档名称/Document Title	受试者补助发放的 SOP		
文档编号/Document No.	JG-SOP-042-2.0	版本号/Rev. No.	2.0
部 门/Department	机构	页 码/Page	2 of 6

**1.0 目的：**为规范受试者补助发放流程，保障受试者权益，特制订本 SOP。

**2.0 适用范围：**西安大兴医院药物临床试验机构所有临床试验中受试者补助的发放。

**3.0 操作规程：**

**3.1 受试者补助的发放形式：**医院银行转账或现金/微信转账形式。

**3.2 医院银行转账方式。**

**3.2.1** 一般情况下，受试者补助采取医院银行转账方式发放。

**3.2.2** 在受试者出组或阶段性完成临床试验后，CRC 收集受试者本人身份证复印件、银行卡复印件（优选工商银行）。如遇特殊情况，由受试者家属代领补助的，需同时收集受试者本人、受试者家属的身份证复印件，受试者家属银行卡复印件（优选工商银行），与受试者关系证明，受试者委托书等相关材料。

**3.2.3** 由受试者填写或对“受试者补助领取信息登记表（附录 1）”进行确认，并签字签日期，加盖手印。

**3.2.4** 根据受试者实际完成的访视和知情同意书中受试者补助标准，CRC 或研究者填写“西安大兴医院受试者补助发放信息表（附录 2）”，经 PI 审核后交机构办，机构办主任审核后按照医院财务流程申请发放。

**3.2.5** 每月 25 号-30 号期间，由 CRC 将 PI 审核后的“西安大兴医院受试者补助发放信息表”、筛选入选表及相关身份、银行卡等资料递交机构办，机构办审核后原始资料留存在受试者文件夹，受试者补助发放信息表、筛选入选表复印件及受试者补助发放信息表电子版留存机构办，机构办按照医院财务流程申请补助发放（项目量少时可根据实际情况定期进行补助申请，不大于 3 个月）。

**3.2.6** 受试者补助发放后，机构办从财务科获得支付凭证后，转交 CRC 留存于受试者文件夹中。

**3.3 现金/微信转账方式。**

**3.3.1** 试验周期短，补助金额小的项目也可财务现金/微信转账形式发放。

**3.3.2** 试验项目启动后，由机构办向医院财务申请借款，用于受试者补助发放。

**3.3.3** 机构办主任将补助借款以现金/微信转账形式发放给 CRC，由 CRC 按照访视发放，并填写“受试者补助发放登记表（附录 3）”，受试者收到补助后进行确认。



文档名称/Document Title	受试者补助发放的 SOP		
文档编号/Document No.	JG-SOP-042-2.0	版本号/Rev. No.	2.0
部 门/Department	机构	页 码/Page	3 of 6

**3.3.4** CRC 收集受试者身份证复印件，若时微信转账，留存转账聊天截图及转账凭证，存放于受试者文件夹中

**3.3.5** 定期按要求将受试者补助发放登记表复印件及筛选入选表复印件交机构办，用于财务报账。

**3.3.6** 财务收到相关报账信息后，从相关项目费用中核减。

**3.4** 如受试者在院外产生的或本院自费的试验相关费用（包括检查费、药品费等），可视与申办方协议签署情况，参照以上流程给予受试者报销或退费

**3.5** 资料要求：

**3.5.1** CRC 在收集资料时必须注意，所有信息一致，包括各类申请表、信息表上的身份信息、银行卡信息。

**3.5.2** 身份证复印件需正反面复印；

**3.5.3** 银行卡复印件只需复印正面，如银行卡复印件不清晰的，需将卡号手写至复印件上，如不是工商银行卡，还需将开户行地址备注到复印件上，同时，持卡人签字及日期。

**4.0** 附录。

附录 1：受试者补助领取信息登记表

附录 2：西安大兴医院受试者补助发放信息表

附录 3：受试者补助发放登记表



文档名称/Document Title	附录 1: 受试者补助领取信息登记表	
文档编号/Document No.	JG-SOP-042-2.0	版本号/Rev. No. 2.0
部门/Department	机构	页码/Page 1 of 1

## 西安大兴医院受试者补助领取信息登记表

项目名称		主要研究者 (PI)						
筛选号	随机号	姓名	身份证号	银行账号	开户银行	资料留存 是/否	受试者确认 签字/日期	研究者确认 签字/日期

注：受试者本人领取：身份证复印件、银行卡复印件，复印件上签字签日期  
 家属代领：关系证明，委托书，受试者及家属的身份证复印件，领取人银行卡复印件，复印件上签字签日期



文档名称/Document Title	附录 2: 西安大兴医院受试者补助发放信息表	
文档编号/Document No.	JG-SOP-042-2.0	版本号/Rev. No. 2.0
部门/Department	机构	页码/Page 1 of 1

## 西安大兴医院受试者补助发放信息表

项目名称							
研究科室	主要研究者 (PI)						
<b>受试者相关信息</b>							
筛选号	随机号	姓名	身份证号	银行账号	开户银行	补助/元	备注 (访视期)
<b>合 计</b>							
主要研究者签字		日期		机构办审核签字		日期	



文档名称/Document Title	附录 3：受试者补助发放登记表	
文档编号/Document No.	JG-SOP-042-2.0	版本号/Rev. No. 2.0
部门/Department	机构	页码/Page 1 of 1

## 西安大兴医院受试者补助发放登记表

项目名称		主要研究者 (PI)		启动日期					
研究科室									
受试者相关信息									
筛选号	姓名缩写	访视期	补助金额	领取人/领取日期	发放人/发放日期	发放形式	资料是否留存	研究者签字	备注

注：资料包含受试者身份证复印件、微信转账聊天截图、微信转账凭证等

版权所有，未经允许不得分发或复印

All Rights Reserved, Unauthorized Distribution or Copying is Prohibited

生效日期 / Eff. Date: 2022.08.25